INTRODUCERE

Expertiza medicală a capacității de muncă este o formă de asistență medico-socială care evaluează, prin metode şi tehnici specifice, capacitatea de muncă a persoanelor cu diferite tulburări morfologice şi funcționale, în vederea prestațiilor de asigurări sociale *(medicina de asigurări sociale)*.

Demersurile specifice acestei activități sunt centrate pe profilaxia invalidității şi pe recuperarea capacității de muncă, cu finalitate în reinserția socio-profesională a asiguraților afectați prin boli sau accidente.

Particularitățile de ordin medical şi socio-profesional care intervin frecvent în evaluare fac uneori greu de aplicat standarde foarte precis definite. În acest sens, medicului expert al asigurărilor sociale, care realizează evaluarea, i se permite o anumită distanțare față de baremele stabilite, fără a încălca însă principiile şi spiritul acestora. În aceste situații, se impune expunerea cu claritate a motivelor care au condus la abordarea individualizată a cazului.

(1) Diagnosticul funcțional se bazează pe elemente clinice şi pe rezultatele investigațiilor de laborator. Exprimă severitatea tulburărilor funcționale şi mecanismele prin care acestea se produc. Permite evaluarea restantului funcțional şi a mecanismelor funcționale care pot interveni compensator.

(2) Deficiența funcțională este consecința unor tulburări morfologice sau funcționale variate (boli, accidente, anomalii genetice); este cuantificabilă prin evaluări clinice şi funcționale standard şi se regăseşte în formularea diagnosticului funcțional. Se corelează cu incapacitatea adaptativă şi cu gradul de invaliditate.

(3) Incapacitatea adaptativă este generată de tulburări morfologice şi funcționale diverse şi exprimă limitele persoanei în efortul de a se adapta la mediul natural şi social. Se exprimă procentual în cadrul unui sistem cuantificat din capacitatea adaptativă normală.

(4) Capacitatea de muncă se defineşte prin posibilitatea desfăşurării unei activități organizate, prin care persoana îşi asigură întreținerea sa şi a familiei. Capacitatea de muncă se exprimă ca ***un raport*** între posibilitățile biologice individuale (evaluate strict din punct de vedere medical) şi solicitarea profesională (ca element medico-social). Este determinată de abilitățile fizice şi intelectuale, determinate genetic, şi de nivelul de integrare socio-profesională, care ține de pregătire şi de experiență.

(5) Invaliditatea este o noțiune medico-juridică care exprimă statutul particular al unei persoane asigurate în sistemul public de pensii şi alte drepturi de asigurări sociale, care beneficiază de drepturi conform legii.

Invaliditatea este cuantificată în raport cu posibilitatea desfăşurării activităților legate de viața cotidiană şi/sau profesională, astfel:

1. ***invaliditate de gradul I,*** caracterizată prin pierderea totală a capacității de muncă, a capacității de autoservire (autoîngrijire, activități gospodăreşti etc.), necesitând asistență permanentă din partea altei persoane;
2. ***invaliditate de gradul II***, caracterizată prin pierderea totală a capacității de muncă, dar cu conservarea capacității de autoservire (autoîngrijire, activități gospodăreşti etc.);
3. ***invaliditate de gradul III***, caracterizată prin pierderea a cel puțin jumătate din capacitatea de muncă, acest statut fiind compatibil cu prestarea unei activități profesionale cu program redus şi în condiții adecvate de solicitare.

Relația „deficiență funcțională - inacapacitate adaptativă - grad de invaliditate“ este reprezentată pe o ***scală negativă***, care exprimă ***pierderea funcțională*** cu repercusiuni asupra îndeplinirii rolului adecvat conform vârstei, gradului de instruire şi factorilor socio-culturali existenți.

Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Gradul de invaliditate
Fără deficiență funcțională	0-19%	nu determină invaliditate
Deficiență **ușoară**	20-49%	nu determină invaliditate
Deficiență **medie**	50-69%	III
Deficiență **accentuată**	70-89%	II
Deficiență **gravă**	90-100%	I

* ***fără deficiență funcțională*** (incapacitatea adaptativă 0-19%) – exprimă limitele largi ale normalului;
* ***deficiență uşoară*** (incapacitatea adaptativă 20-49%) – afectează nesemnificativ activitățile cotidiene şi profesionale; pot apărea contraindicații privind activitatea profesională/recomandări privind schimbarea locului de muncă; capacitatea de muncă este păstrată;
* ***deficiență medie*** (incapacitatea adaptativă 50-69%) – limitează capacitatea adaptativă la mediul profesional în privința programului sau a locului de muncă; capacitatea de muncă este redusă cu cel puțin jumătate față de standard;
* ***deficiență accentuată*** (incapacitatea adaptativă 70-90%) – împiedică desfăşurarea unei activități profesionale în sistemul organizat de muncă; capacitatea de muncă este pierdută în totalitate;
* ***deficiență gravă*** (incapacitatea adaptativă 90-100%) – pierde, pe lângă capacitatea de muncă, şi pe cea de autoservire.

(6) În evaluarea capacității de muncă se va avea în vedere tratamentul complex (farmacologic activ, chirurgical, recuperator etc.) şi efectele acestuia.

(7) Criteriile de diagnostic funcțional, incapacitate adaptativă şi de evaluare a capacității de muncă sunt reactualizate şi îmbunătățite periodic, pentru a fi aliniate la eventualele precizări şi reglementări în domeniul medical care apar pe parcurs.

(8) Pentru bolile rare, pentru care nu există criterii specifice de apreciere a deficienței funcționale şi a capacității de muncă, se vor urmări elementele clinice, evoluția, complicațiile şi deficiența funcțională determinată, aplicându-se criteriile existente.

1. AFECȚIUNI ALE APARATULUI CARDIOVASCULAR

CRITERII DE DIAGNOSTIC FUNCȚIONAL ŞI DE EVALUARE A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN BOALA CARDIACĂ ISCHEMICĂ (BCI)

În boala cardiacă ischemică, deficiența funcțională se stabileşte în funcție de:

1. **Simptome:** caracterul durerii toracice, frecvența crizelor anginoase şi nivelul de efort la care apar, răspunsul la tratamentul specific, prezența şi complexitatea aritmiilor, prezența semnelor de insuficiență cardiacă.

2. **Severitatea ischemiei miocardice/stenozelor coronariene** apreciate prin: EKG, TEF, ecografie cardiacă şi coronarografie.

3. **Severitatea disfuncției sistolice a ventriculului stâng:** ecografic.

Criterii de evaluare a deficienței funcționale, IA, a capacității de muncă în BCI stabilă

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Angina pectorală stabilă (AP)	**Fără** deficiență funcțională – crizele anginoase apar numai la efort fizic de intensitate foarte mare (eforturi exhaustive > 8 METs – cedează prompt la NTG sau repaus – fără simptome anginoase şi modificări electrice (EKG) interaccesual – funcție sistolică VS normală (FE > 55%)	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
AP clasa I	Deficiență funcțională **uşoară** – crizele anginoase apar la eforturi fizice mari (7-8 METs) – cedează rapid la administrarea de nitrocompuşi şi la repaus – fără simptome anginoase sau modificări electrice (EKG) interaccesuale – disfuncție sistolică VS uşoară (FE = 54-45%) – insuficiență cardiacă NYHA I	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
AP clasa II	Deficiență funcțională **medie** – crizele anginoase apar la eforturi mari şi medii (5-6 METs) – cedează uşor la repaus şi la administrarea de nitrocompuşi – modificări minore EKG* – TEF*** relevă modificări electrice cu pattern ischemic la o intensitate > de 80% din nivelul maxim teoretic individual – disfuncție sistolică moderată (FE = 44-40%) – insuficiență cardiacă NYHA II	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**

AP clasa III	Deficienţă funcţională **accentuată** – crizele anginoase apar la eforturi de intensitate mică, uneori şi în repaus (3-4 METs) – cedează greu la administrarea de nitrocompuşi – modificări importante EKG**accesuale şi interaccesuale – disfuncţie sistolică VS moderată (FE = 39-30%) – insuficienţă cardiacă NYHA III – toleranţă mică la efort – permite activitatea de autoîngrijire	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
AP clasa IV	Deficienţă funcţională **gravă** – crizele anginoase apar în repaus (1-2 METs) şi sunt obiectivate de modificări EKG** – disfuncţie sistolică gravă VS (FE < 30%) – insuficienţă cardiacă NYHA IV – bolnavii îşi pierd capacitatea de autoîngrijire	90-100%	Capacitate de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

INFARCTUL MIOCARDIC

Pentru bolnavii cu IM vechi, deficienţa funcţională se stabileşte în funcţie de: extinderea zonei de necroză, severitatea disfuncţiei sistolice a VS, complexitatea tulburărilor de ritm şi de conducere asociate, intensitatea simptomelor reziduale – toleranţa la efort, eficacitatea tratamentului.

Tabelul de mai jos redă criteriile de apreciere a deficienţei funcţionale, IA şi a capacităţii de muncă în IM vechi.

Afecţiunea Forma clinică	Deficienţa funcţională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Infarctul miocardic vechi (Fără supradenivelare de ST, fără undă Q sau cu supradenivelare de ST, cu undă Q)	Deficienţă funcţională **uşoară** – bolnav asimptomatic sau cu simptomatologia dureroasă (angină pectorală), care apare la eforturi fizice mari (7-8METs) – EKG relevă sechela electrică a IM fără alte modificări. – disfuncţia sistolică uşoară VS (FE = 45-54%) – insuficienţă cardiacă NYHA I	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficienţă funcţională **medie** – bolnavul prezintă la eforturi mari/medii (5-6METs) dureri anginoase, dispnee, palpitaţii – EKG de repaus relevă sechela electrică de IM şi posibile modificări minore* de fază terminală, posibile aritmii benigne – TEF*** obiectivează modificări electrice cu pattern ischemic la o intensitate > 80% din efortul teoretic maxim individual – disfuncţie sistolică moderată (FE = 44-40%), eventual HVS – insuficienţă cardiacă NYHA II	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
	Deficienţă funcţională **accentuată** – bolnavii prezintă dureri anginoase la eforturi mici sau medii (3-4 METs), dispnee, palpitaţii – EKG de repaus relevă, pe lângă sechela de IM, modificări de fază terminală** şi/sau alte modificări electrice severe (aritmii, tulburări de conducere) – disfuncţie sistolică moderată (FE = 39-30%) – insuficienţă cardiacă NYHA III – toleranţă la efort mică – permite activităţi de autoîngrijire	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
	Deficienţă funcţională **gravă** – tulburări de ritm şi de conducere severe – edeme pulmonare acute repetitive – insuficienţă cardiacă NYHA IV – disfuncţie sistolică VS gravă (FE = < 30%) – bolnavii au capacitatea de autoîngrijire limitată	90-100%	Capacitate de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

*** Subdenivelare ST < 1 mm, T aplatizat, difazic, uşor negativ.**

**** Subdenivelare ST > 1 mm, descendentă, orizontală, T negativ, simetric, ascuţit.**

******* Dacă modificările electrice cu pattern ischemic apar la o intensitate de efort < **80% din efortul maxim teoretic individual**, deficienţa funcţională poate fi accentuată. Modificările vor fi coroborate cu alte date obiective ale bolnavului.

O mențiune aparte trebuie făcută pentru BCI nedureroasă, în care, semnele subiective fiind absente sau atipice, diagnosticul clinic şi funcțional poate fi pus numai pe investigații paraclinice (vezi baremul de investigații). În funcție de severitatea modificărilor oferite de investigațiile cardiovasculare, de gradul insuficienței cardiace (NYHA), se va face o apreciere corespunzătoare a statusului funcțional şi a capacității de muncă utilizând criteriile de la angina pectorală stabilă.

Observații:

1. Clasificarea Canadiană (*Canadian Cardiac Society***, CCS) a anginei pectorale stabile**

CLASA I – angină pectorală la efort intens, rapid prelungit; efortul obişnuit nu prezintă angină; corespunde unui consum energetic de 7-8 METs (METs = echivalențe de consum de O_2 la efort).

CLASA II – angina de efort mediu, care limitează uşor activitatea pacientului (5-6 METs).

CLASA III – angina la activități uzuale, eforturi mici, cu limitarea activităților zilnice; corespunde unui consum energetic de 3-4 METs.

CLASA IV – angină pectorală ce apare în repaus, pacientul fiind sever inabilitat (capacitatea de efort pierdută, sub 1-2 METs).

2. Caracterizarea diferitelor activități în funcție de consumul energetic

CHESTIONARUL DE ACTIVITATE (VA)
(VETERANS ADMINISTRATION QUESTIONNAIRE)

Se cere pacientului să sublinieze activitățile pe care le poate îndeplini fără să prezinte dispnee, durere precordială, oboseală.

1 MET	mănâncă, se îmbracă, lucrează la birou
2 METs	face duş, coboară 8 trepte
3 METs	se plimbă încet pe o suprafață de aproximativ 2 blocuri
4 METs	muncă uşoară (strâns frunze, vopsit sau tâmplărit uşor)
5 METs	plimbare 4 mph, dans, spălat maşina
6 METs	tâmplărie grea
7 METs	muncă grea: săpat, joc tenis, cărat 30 kg
8 METs	împins mobile grele, jogging, cărat 10 kg pe scări
9 METs	bicicletă moderat, sărit coarda
10 METs	înot, bicicletă la deal, mers repede la deal
11 METs	schi fond, baschet meci întreg
12 METs	alergare 8 mph
13 METs	orice activitate competițională

3. Clasificarea disfuncției sistolice a VS, conform datelor din literatura de specialitate (*Braunwald Heart Disease* **– eight edition), este următoarea:**

- funcție sistolică **normală** – EF > 55%;
- disfuncție sistolică **uşoară** – FE = 45-54%;
- disfuncție sistolică **moderată** – FE = 30-44%;
- disfuncție sistolică **gravă** – FE < 30%.

4. La bolnavii care au fost investigați invaziv, datele coronarografice vor constitui elemente funcționale (numărul de vase afectate, severitatea stenozelor) şi vor fi coroborate cu simptomele, disfuncția sistolică etc.

I. HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ ESENȚIALĂ

Pentru stabilirea deficienței funcționale în HTA, se vor identifica următoarele elemente funcționale: forma clinică (clasificarea HTA în funcție de valori), semne de afectare a principalelor organe „țintă“, prezența diferitelor condiții clinice, pentru care HTA constituie un factor de agravare al patologiei respective sau această patologie reprezintă o complicație a HTA.

Tabelul de mai jos prezintă criteriile de evaluare a deficienței funcționale, IA şi a capacității de muncă în HTA pe baza asocierii formelor clinice de HTA(clasificarea ESC-2009) cu elementele menționate.

Forma clinică		Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
HTA – forma clinică, fără afectarea organelor „țintă"(AOT), fără boală vasculară asociată					
HTA uşoară (gr. I)* TAS = 140-159mmHg TAD = 90-99mmHg HTA moderată**(gr. II) TAS = 160-179mmHg TAD = 100-109mmHg HTA severă***(gr. III) TAS > 180, mmHgTAD > 110mmHg		**uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
HTA – forma clinică asociată cu afectarea organelor „țintă" (AOT)					
HTA uşoară* HTA moderată** HTA severă***	– HVS determinată ecografic: SIV/PPVS≥15mm şi/sau – creatinina sanguină >1,5mg/dl, clearance cr.<60ml/min	**medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
	– microalbuminurie – plăci aterosc. carotidiene, aortice	**uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
HTA – forma clinică asociată cu boală vasculară clinic manifestă					
HTA uşoară* HTA moderată** HTA gravă***	– boală coronariană ischemică, IM, revascularizare miocardică, IC; – boală vasculară cerebrală, AVC: ischemic, tranzitor, hemoragic; – boală vasculară periferică; – afectare renală: insuficiență renală, proteinurie; – retinopatie avansată: hemoragii, exudate, edem.	În funcție de severitatea condiției clinice asociate	În concordanță cu deficiența funcțională	În concordanță cu deficiența funcțională şi incapacitatea adapatativă	Corespunzător reducerii capacității de muncă
HTA malignă					
HTA cu evoluție accelerată, malignă; **Definiția OMS:** TAD > 130mmHg, FO cu exsudate hemoragice, IR progresivă, rezistență la tratament.		Deficiență funcțională **accentuată/gravă** în funcție de severitatea complicațiilor şi răspunsul la tratament	70-100%	Capacitatea de muncă şi (eventual) de autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I** sau **II** de invaliditate

II. HIPERTENSIUNEA SECUNDARĂ

Aprecierea deficienței funcționale, a incapacității adaptative şi a capacității de muncă se va face după criteriile de evaluare a HTA primară (esențială).

AFECȚIUNI CONGENITALE NECIANOGENE

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Defectul septal atrial (DSA)	Deficiență funcțională **uşoară** DSA cu şunt stânga-dreapta nesemnificativ, cu cord compensat, fără semne de mărire a cordului drept	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională **medie** DSA cu şunt stânga-dreapta moderat cu semne de supraîncărcare a inimii drepte cu tulburări funcționale (dispnee la eforturi mari şi medii)	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**

	Deficienţă funcţională **accentuată** DSA cu şunt stânga-dreapta semnificativ (raport flux pulmonar/flux sistemic peste 1,5/l) şi HTP; DSA cu cardiomegalie importantă sau cu tulburări de ritm persistente sau frecvent repetitive, cu dispnee la eforturi minore	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
DSA operat Aprecierea se va face la 6 luni de la intervenţie	Deficienţă funcţională **uşoară** DSA mic operat cu *restitutio ad integrum* cu dispnee numai la eforturi mari	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficienţă funcţională **medie** DSA operat cu dilatare mică a cordului, presiune pulmonară sistolică normală, dispnee la eforturi mari şi medii	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
	Deficienţă funcţională **accentuată** DSA operat cu persistenţa cardiomegaliei, a HTP, a tulburărilor de ritm	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Defectul septal interventricular (DSV)	Tulburările funcţionale în DVS sunt dependente de mărimea comunicării şi starea patului vascular pulmonar			
	Deficienţă funcţională **uşoară** DSV mic (0,5cm^2/m^2) cu şunt stânga-dreapta modest, cu raport flux pulmonar/flux sistemic (QP/QS) sub 1,5. VD nu este dilatat sau hipertrofiat. Pacienţi asimptomatici. Prezintă dispnee doar la eforturi mari	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficienţă funcţională **medie** DSV moderat (0,5-1cm^2/m^2), raport QP/QS de 1,5-2 prin şunt stânga-dreapta semnificativ. În efort mare sau mediu, pacienţii prezintă dispnee. Examenele paraclinice (eco, EKG, Rx. cord pulmonar) arată cardiomegalie uşoară/moderată, HVD, HTP moderată, insuficienţă cardiacă NYHA II	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
	Deficienţă funcţională **accentuată** Bolnav cu DSV mare (> 1 cm^2/m^2) cu raport QP/QS mai mare de 2. Prezintă dispnee la eforturi mici sau chiar în repaus, infecţii pulmonare. Obiectiv HTP arterială gravă, cardiomegalie cu hipertrofie biventriculară, semne de insuficienţă cardiacă NYHA III sau III/IV, aritmii ventriculare	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
	Deficienţă funcţională **gravă** DSV cu insuficienţă cardiacă gravă ireductibilă sau aritmii ventriculare grave cu risc de moarte subită, conducând la pierderea capacităţii de autoservire	90-100%	Capacitate de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**
DSV operat Aprecierea tulburărilor funcţionale se face la 6 luni de la intervenţie. Pentru bolnavii cu HTP preoperator sau cu semne clinice de DSV rezidual se efectuează cateterism cardiac.	Deficienţă funcţională **uşoară** DSV operat fără şunt rezidual	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficienţă funcţională **medie** DSV operat cu şunt rezidual moderat şi HTP moderată	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
	Deficienţă funcţională **accentuată** DSV operat cu şunt mare, HTP persistentă, dispnee la eforturi mici şi repaus	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Persistenţa de canal arterial (PCA)	PCA determină un şunt stânga-dreapta a cărui mărime depinde de calibrul canalului şi de relaţiile dintre rezistenţa vasculară sistemică şi cea pulmonară			
	Fără deficienţă **funcţională** PCA mic, cu şunt nesemnificativ hemodinamic, bolnavi asimptomatici	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează

	Deficienţă funcţională **uşoară** PCA mic/moderat cu şunt redus, fără cardiomegalie, cu tulburări funcţionale (dispnee) la eforturi foarte mari	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficienţă funcţională **medie** PCA moderat cu elemente de HVS sau hipertrofie biventriculară şi de încărcare pulmonară (HTP). Dispnee la eforturi mari şi medii	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
	Deficienţă funcţională **accentuată** PCA cu HTP gravă, cu suflu continuu tipic la care se asociază rulment de flux diastolic apical, cardiomegalie, dispnee la efort mic şi chiar de repaus, insuficienţă cardiacă	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
PCA operat Aprecierea se face după 6 luni	Deficienţă funcţională **uşoară** Bolnavi asimptomatici cu examen fizic cardiac Rgr. şi EKG normale	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficienţă funcţională **medie** Dacă persistă o HTP reziduală (prin cateterism cardiac şi sunt simptomatici)	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
Coarctaţia aortică (CoA)	**Fără** deficienţă funcţională Bolnavi asimptomatici. Tensiunea arterială normală, suflu sistolic moderat în sp. II IC stg., fără semne de HVS şi circulaţie colaterală, test de efort normal.	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficienţă funcţională **uşoară** Bolnavi pauci simptomatici, eventual cefalee, ameţeli, pulsaţii craniene. S.S. SP. II IC STG., toleranţă bună la efort. HVS uşoară (EKG, eco, radiologice)	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficienţă funcţională **medie** Bolnavii prezintă simptomatologia unei HTA (cefalee, epistaxis, tinitus, scotoame, congestie cefalică), angină, dispnee – asociate senzaţiei de răceală în membrele pelvine, chiar claudicaţie intermitentă sau dureri abdominale. Obiectiv, diferenţa dintre TA brahială şi poplitee este de 10 mmHg. Circulaţia colaterală moderat dezvoltată. HVS moderat/severă, dar cu funcţie ventriculară normală	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
	Deficienţă funcţională **accentuată** Co.A. semnificativă: gradient maxim de 20 mmHg, cu flux continuu în timpul diastolei în Ao descendentă. Circulaţia colaterală dezvoltată, cardiomegalie, insuficienţă cardiacă NYHA III, III/IV, tulburări de ritm cu sincope, crize anginoase, accidente vasculare cerebrale. Pot avea alte cardiopatii congenitale asociate	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
	Deficienţă funcţională **gravă** Bolnavi cu insuficienţă cardiacă gravă ireductibilă sau sechele după accidente vasculare cerebrale care fac imposibilă autoservirea	90-100%	Capacitate de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	
Coarctaţia aortică operată sau după angioplastie percutană cu balon	Tulburările funcţionale vor fi apreciate în raport de: prezenţa sau dispariţia gradientului la nivelul coarctaţiei; scăderea TA până la normalizarea valorilor; dispariţia fenomenelor subiective, a tulburărilor de ritm, a crizelor anginoase			
	Deficienţă funcţională **uşoară** În situaţia realizării deziderateloor mai sus enunţate	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează

	Deficienţă funcţională **medie** În situaţia menţinerii gradientului la nivelul coarctaţiei, cu valori TA crescute (dominant sistolice) la nivelul membrelor toracale, cu semne subiective de HTA, cu tulburări funcţionale la eforturi mari şi medii	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
	Deficienţă funcţională **accentuată** Bolnavii la care intervenţia nu a dat rezultate sau au apărut complicaţii post operatorii (disecţie de aortă, anevrism Ao) au deficienţă funcţională accentuată prin intensitatea tulburărilor şi prognostic nefavorabil	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Stenoza aortică congenitală (SAo) Sunt 3 forme principale de SAo: – valvulară; – supravalvulară – subvalvulară (cazul bolnavilor care ating vârsta adultă).	Deficienţă funcţională **uşoară** Aria orificiului valvular 1,5-2,5 cm^2, gradient mediu < 20 mmHg, gradient maxim 16-36 mmHg; bolnavii asimptomatici sau pauci simptomatici numai la eforturi mari (dispnee, ameţeli), absenţa HVS, test de toleranţă la efort normal; insuficienţă cardiacă NYHA I	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficienţă funcţională **medie** Bolnavii cu SAo moderată: aria orificiului valvular 0,75-1,5 cm^2 (gradient mediu 20-50 mmHg, gradient maxim 36-80 mmHg la Eco Doppler), dispnee la efort mare şi mediu, HVS uşoară/moderată, capacitate funcţională normală sau uşor redusă, insuficienţă cardiacă NYHA II;	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
	Deficienţă funcţională **accentuată** Bolnavii cu SAo gravă: aria orificiului valvular < 0,75, gradient mediu > 50 mmHg, gradient maxim > 80 mmHg, crize de angină pectorală, sincope repetate, tulburări de ritm şi conducere în repaus sau la efort, cardiomegalie, HVS, insuficienţă cardiacă NYHA III	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
	Deficienţă funcţională **gravă** Bolnavii cu SAo cu insuficienţă cardiacă NYHA IV, ireductibilă, cu pierderea posibilităţii de autoservire	90-100%	Capacitate de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**
Stenoză pulmonară valvulară: Severitatea stenozei este în funcţie de gradientul transvalvular maxim apreciat prin examen Eco-Doppler, astfel: – discretă – grad. < 25 mmHg – uşoară – grad. 25-49 mmHg – moderată – grad. 50-79 mmHg – gravă – grad. > 80 mmHg La gradient > 80 mmHg apar HVD marcată şi fenomene de insuficienţă tricuspidă	**Fără** deficienţă funcţională Stenoză pulmonară valvulară minimă fără semne subiective şi fără repercusiuni hemodinamice	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficienţă funcţională **uşoară** Stenoză pulmonară valvulară uşoară, cu absenţa HVD (EKG, Rgr şi eco); Doppler arată gradient redus, iar Rdg. o dilatare post-stenotică a arterei pulmonare Bolnavi asimptomatici în repaus, cu dispnee la eforturi mari	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficienţă funcţională **medie** Stenoză pulmonară moderată, cu tulburări funcţionale la eforturi mari şi medii. Cateterismul cardiac şi Eco Doppler arată gradient transvalvular de 50 mmHg sau > , cu unele semne de disfuncţie de VD	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
	Deficienţă funcţională **accentuată** Stenoză pulmonară valvulară gravă cu HVD marcată cu insuficienţă cardiacă dreaptă, cu tulburări de ritm, sincope, crize anginoase, dispnee de repaus şi la eforturi mici	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
	Deficienţă funcţională **gravă** Gradient transvalvular maxim > 80 mmHg, Insuficienţă cardiacă ireductibilă, sincope frecvent repetitive, cu pierderea autoservirii	90-100%	Capacitate de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

Stenoza pulmonară operată – aprecierea se va face la 6 luni după intervenție	Deficiență funcțională **ușoară** Asimptomatici, funcție ventriculară dreaptă normală	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională **medie** Persistă unele semne de disfuncție de VD și tulburări funcționale la efort mare și mediu	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
Sindromul Eisenmenger – boală vasculară obstructivă pulmonară secundară unui șunt larg stânga-dreapta, cu o creștere a PAP ce poate egala PAS și inversa șuntul.	Deficiență funcțională **accentuată** Dispnee în repaus, intensificată la eforturi minime, insuficiență cardiacă NYHA III sau IV, tulburări de ritm severe	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
	Deficiență funcțională **gravă** Insuficiență cardiacă NYHA IV, ireductibilă, aritmii ventriculare grave, cu pierderea capacității de autoservire	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

VALVULOPATII

În aprecierea diagnosticului funcțional într-o valvulopatie, se va ține seama de:
- sediul leziunilor;
- existența unor leziuni multiple;
- volume ventriculare, arii valvulare, gradiente intraventriculare;
- funcția sistolică globală;
- existența factorilor care indică un proces inflamator activ (reumatism articular acut, endocardite, miocardite, pericardite);
- existența complicațiilor;
- posibilitatea și rezultatele tratamentului chirurgical specific.

Valvulopatii mitrale

Afecțiunea Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Insuficiența mitrală (IM) (reumatismală sau prin alt mecanism valvular)	**Fără** deficiență funcțională IM cu semne clinice minime (suflu sistolic I sau II) fără tulburări funcționale. Funcție sistolică ventriculară stângă normală: FE > 55%, DTSVS < 45 mm	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională **ușoară** IM cu suflu sistolic gr. II sau III, fără tulburări de ritm, fără tulburări funcționale în repaus și la eforturi medii, dar cu dispnee, palpitații la eforturi mari (> 6 METs), cu disfuncție sistolică VS ușoară: FE = 54-45%, DTSVS 45-50 mm	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională **medie** IM cu suflu sistolic gr. III cu semne de HVS clinice, radiologice, ecocardiografice și EKG, cu tulburări funcționale la eforturi medii și mari (5-6METs). Disfuncție sistolică VS moderată: FE = 40-44%, DTSVS 50-55 mm.	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
	Deficiență funcțională **accentuată** IM cu S.S. gr. III/IV, cu sincope frecvente, cu tulburări de ritm sau de conducere grave, cu semne de insuficiență cardiacă NYHA III. Disfuncție sistolică VS moderată: FE = 39 = 30%, DTSVS > 55mm.	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
	Deficiență funcțională **gravă** IM cu insuficiență cardiacă NYHA IV, ireductibilă, cu tulburări funcționale importante în repaus, care limitează mult sau duc la pierderea totală a capacității de autoservire, disfuncție sistolică gravă FE < 30%	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

Stenoza mitrală (SM)	**Fără** deficienţă funcţională SM largă (AOM 1,5-2,5cm^2), cu semne minime clinice radiologice, ecografice, EKG, fără tulburări funcţionale (dispnee) la efort	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficienţă funcţională **uşoară** SM largă (AOM.1,5-2,5cm^2), gradient mediu < 6 mmHg, PAP normală sau HTP uşoară, cu tulburări funcţionale (dispnee) numai la eforturi mari (> 6METs)	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficienţă funcţională **medie** SM medie (AOM 1-1,5cm^2, gradient mediu 6-12 mmHg), cu HTP moderată, tulburări funcţionale (dispnee) la eforturi medii (5-6METs)	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
	Deficienţă funcţională **accentuată** SM strânsă (AOM < 1cm^2, gradient mediu > 12 mmHg), HTP moderat/gravă şi/sau tulburări de ritm, şi/sau edem pulmonar acut în antecedente, insuficienţă cardiacă dreaptă	70-89%	Capacitate de muncă pierdută în totalitate	**Gradul II**
	Deficienţă funcţională **gravă** SM complicată cu insuficienţă cardiacă (NYHA IV) ireductibilă, cu EPA frecvent repetitiv, cu infarcte pulmonare sau cu accidente embolice care conduc la tulburări motorii grave. Posibilitatea subiecţilor de a se îngriji singuri este mult diminuată, până la pierderea capacităţii de autoservire	90-100%	Capacitate de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**
Boala mitrală Asocierea SM cu IM cu semnele însumate ale celor două afecţiuni	Aprecierea se va face în raport cu gravitatea tulburărilor funcţionale, conform datelor enunţate la stenoza mitrală şi insuficienţa mitrală			
Afecţiunile tricuspidiene	Sunt mult mai rare, de obicei asociate leziunilor mitrale. Aprecierea incapacităţii se va face conform cu normele stabilite în afecţiunile valvulare mitrale			

Valvulopatii aortice

Afecţiunea	Deficienţa funcţională	Incapacitatea	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Insuficienţa aortică	**Fără** deficienţă funcţională Afecţiune de grad uşor, fără tulburări funcţionale, cu semne clinice minime, funcţie sistolică VS normală (FE > 55%, DTSVS < 45 mm)	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficienţă funcţională **uşoară** Afecţiune aortică de grad uşor, cu semne clinice minore, cu tulburări funcţionale (dispnee, ameţeli, palpitaţii) numai la eforturi mari, cedând rapid la repaus, disfuncţie sistolică VS uşoară (FE = 54-45%, DTSVS = 45-50 mm)	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficienţă funcţională **medie** Afecţiune Ao medie la care tulburările funcţionale (dispnee, crize anginoase, tulburări de ritm) apar la eforturi fizice de intensitate medie, insuficienţă cardiacă NYHA II, disfuncţie sistolică VS moderată (FE = 40-44%; DTSVS = 50-55 mm)	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
	Deficienţă funcţională **accentuată** Afecţiune Ao gravă, în care tulburările funcţionale sunt intense (dispnee la efort dar şi de repaus, crize anginoase repetate, stări sincopale, tulburări de ritm sau conducere, insuficienţă cardiacă NYHA III sau III/IV, disfuncţie sistolică VS moderată (FE 39-30%, DTSVS > 55 mm)	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

Afecțiunea	Deficiența funcțională	Incapacitatea	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
	Deficiență funcțională **gravă** Afecțiune Ao cu insuficiență cardiacă NYHA IV, ireductibilă, cu tulburări funcționale grave care împiedică autoservirea. Disfuncție sistolică VS gravă FE < 30%.	90-100%	Capacitate de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**
Stenoza aortică	**Fără** deficiență funcțională Stenoză aortică uşoară, fără tulburări funcționale, cu semne clinice minime	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională **uşoară** Stenoză aortică uşoară: AOA > 1,5cm^2 Gradient mediu < 20 mmHg Gradient maxim: 16-36 mmHg Angină, dispnee, palpitații numai la eforturi mari (7-8METs)	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională **medie** Stenoză aortică medie: AOA = 0,75-1,5 cm^2 Gradient mediu 20-50 mmHg Gradient maxim 36-80 mmHg Angină, dispnee, palpitații apar la eforturi de intensitate medie (5-6METs), insuficiență cardiacă NYHA II	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
	Deficiență funcțională **accentuată** Stenoză aortică gravă: AOA < 0,75cm^2 Gradient mediu > 50mmHg Gradient maxim > 80mmHg Crize anginoase repetate, stări sincopale, tulburări de ritm şi conducere, insuficiență cardiacă NYHA III sau NYHA III/IV	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
	Deficiență funcțională **gravă** Stenoză aortică gravă cu insuficiență cardiacă ireductibilă, NYHA IV, cu tulburări funcționale grave, care împiedică autoservirea	90-100%	Capacitate de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

Deficiența funcțională în boala aortică va fi apreciată după criteriile funcționale prezentate la cele două entități. Afecțiunile aortice, asociate cu afecțiunile mitrale, vor fi apreciate în raport cu datele funcționale prezentate la capitolul despre afecțiunea aortică şi afecțiunea mitrală.

Valvulopatii pulmonare

Stenoza pulmonară câştigată este foarte rară. Pentru evaluare funcțională, se vor aplica criteriile de la stenoza pulmonară congenitală.

Insuficiența valvulară pulmonară apare mai frecvent secundar hipertensiunii pulmonare de orice etiologie sau secundar dilatației arterei pulmonare (idiopatică). Insuficiența pulmonară organică este, de asemenea, rară; poate fi congenitală (asociată frecvent cu alte malformații) sau câştigată. Evaluarea funcțională se va face în funcție de severitatea simptomelor (dispnee) şi a hipertensiunii pulmonare.

Valvulopatii post-intervenții chirurgicale

(comisurotomii, proteze valvulare)

Afecțiunea Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Valvulari operați pentru corectarea viciului valvular	Deficiență funcțională **uşoară** Postoperator, persistă dispnee la eforturi mari, în absența altor fenomene patologice	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională **medie** Postoperator, prezintă dispnee la eforturi mari, tulburări de ritm trecătoare, tulburări de conducere, dureri anginoase la eforturi mari	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**

	Deficienţă funcţională **accentuată** Postoperator, dispnee la eforturi medii, tulburări de ritm, de conducere, dureri anginoase. Sunt prezente semne de restenozare, disfuncţii ale protezei, procese endocarditice, colmatări, embolii	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
	Deficienţă funcţională **gravă** Postoperator, restenozare, accidente embolice cu sechele neurologice importante, insuficienţă cardiacă gravă, ireductibilă, care împiedică posibilitatea de autoservire	90-100%	Capacitate de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

TULBURĂRI DE RITM ŞI CONDUCERE CARDIACĂ

Afecţiunea	Deficienţa funcţională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Tulburări de ritm cardiac	Pentru stabilirea deficienţei funcţionale se vor lua în considerare: – etiologia aritmiei (BCI, valvulopatii, cardiomiopatii, boli endocrine etc.) – simptomatologia produsă – frecvenţa episoadelor aritmice – existenţa disfuncţiei sistolice ventriculare stângi şi/sau a tulburărilor hemodinamice – răspunsul la tratament – prezenţa complicaţiilor induse de aritmie – tipul tulburărilor de ritm – tulburări de irigaţie coronariană sau cerebrală produse sau intensificate de aritmie			
Aritmii sinusale (tahicardii, bradicardii, aritmii sinusale)	**Fără/deficienţă uşoară –** tulburările de ritm sinusale, controlate terapeutic, care nu afectează capacitatea de efort.	0-49%	Păstrată	**Nu se încadrează**
	Deficienţă medie (o perioadă limitată pentru controlul aritmiei şi al simptomelor) pentru tahicardia sinusală inapropiată (creşterea persistentă, neadecvată a FC în raport cu efortul fizic, emoţiile, stările patologice la care este supus bolnavul) sau bradicardia sinusală simptomatică, care limitează capacitatea de efort.	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
Aritmii extrasistolice – Supraventriculare (ESSV) – Ventriculare (EV)	Aprecierea deficienţei funcţionale în aritmia extrasistolică se face ţinând seama de: – originea extrasistolei – precizarea mono- sau plurifocalităţii extrasistolei – tipul morfologic (mono- sau polimorf) – frecvenţa – sistematizarea – modificări ale undei T la complexul post-extrasistolic; – substratul patogenic – relaţia cu efortul; Pentru EV se va lua în considerare complexitatea acestora – clasificarea Lown: – clasa 0-EV absente – clasa I-EV rare, izolate (< 1 EV/min.) – clasa II-EV frecvente (> 1 EV /min.) – clasa III-EV polimorfe, bigeminate – clasa IV-EV cuplate, în salvă – clasa V-EV cu fenomen R/Tcu index de precocitate > 0,05			

	Fără deficienţă funcţională ESSV rare, izolate sau EV clasa I (Lown), ce apar fără legătură cu efortul, sunt foarte rare, nu produc tulburări subiective, nu apar pe un fond patologic organic	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficienţă funcţională **uşoară** EV clasa II (Lown) la care nu se evidenţiază un fond patogenic cardiovascular, nu au relaţie cu efortul, nu au consecinţe hemodinamice, răspund prompt, favorabil la medicaţie antiaritmică	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficienţă funcţională **medie** ESSV repetitive frecvente sau EV clasa III ce apar în cadrul unor afecţiuni cardiovasculare şi care produc unele consecinţe hemodinamice care împiedică efectuarea eforturilor mari şi medii; aritmiile sunt controlate nesatisfăcător prin tratament antiaritmic	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
	Deficienţă funcţională **accentuată** EV (Lown III sau IV) ce nu pot fi controlate corespunzător prin tratament, apar pe un fond de boală organică cardiacă certă, aritmii EV cu fenomen R/T (LownV) sau QT prelungit sau cu lambouri de TPV, care induc tulburări hemodinamice manifeste; toleranţă redusă la efort de intensitate mică	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Tahicardii paroxistice Supraventriculare (TPSV)	Aprecierea deficienţei funcţionale în TPSV trebuie să ia în considerare: – tipul aritmiei în funcţie de mecanismul electrofiziologic; – fondul etiopatogenic (tulburări neurovegetative, BCI, valvulopatii, cardiomiopatii, HTA, WPW, hipertiroidii etc.); – categoria de tahicardie supraventriculară în relaţie cu durata (**1. paroxistice recurente** – durată: secunde, ore); **2. persistente** – zile, săptămâni, recurente; **3. cronice**); – simptomatologia determinată (în raport cu frecvenţa, durata, bolile asociale): angină, dispnee, lipotimii, sincope; – riscul letal.			
	Fără deficienţă funcţională TPSV unice sau care apar la intervale foarte mari de timp, fiind produse în anumite condiţii specifice (exces nicotinic sau cofeină, stres etc.); nu alterează, în afara crizelor, posibilitatea de efort fizic, sunt autolimitate sau răspund la manevre vagale	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficienţă funcţională **uşoară** În TPSV cu recurenţe rare, care răspund favorabil la tratament, când nu sunt semne de afectare organică a cordului şi fondul patogenic al tulburării de ritm este neuro-vegetativ sau dismetabolic, când toleranţa la efort intercritică este bună	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficienţă funcţională **medie** TPSV cu recurenţe frecvente, asimptomatică intercritic, necesită tratament antiaritmic cronic, toleranţa la efort poate fi limitată de apariţia tulburărilor de ritm şi a tulburărilor funcţionale (palpitaţii, dispnee, ameţeli) la eforturi de intensitate mare şi medie; TPSV recurente frecvente, la persoane asimptomatice, cu sindrom WPW intermitent;	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
	Deficienţă funcţională **accentuată** TPSV persistentă, simptomatică, parţial controlată de medicaţia specifică; toleranţa redusă la efort de intensitate mică; TPSV paroxistică sau persistentă recurentă, a cărei etiologie este sindromul WPW permanent (risc crescut de moarte subită);	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

	***N.B.** Subiecții cu WPW, care beneficiază de tratament prin cateter ablație a fasciculului accesor, la care procedura a fost eficientă și a decurs fără complicații vor fi reevaluați post-procedural, urmărindu-se principalele elemente funcționale necesare stabilirii diagnosticului funcțional.*			
Tahicardii ventriculare	Deficiență funcțională **medie** TV cu crize la intervale mari, controlate terapeutic Tulburările de ritm și cele funcționale apar la eforturi de intensitate mare/medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
	Deficiență funcțională **accentuată** Tahicardie ventriculară bidirecțională, torsada vârfului și ritmul idio-ventricular accelerat, necontrolate suficient prin tratament. De asemenea, în TV însoțite de insuficiență cardiacă, fenomene de ischemie cerebrală, sincope, ischemie miocardică și tulburări hemodinamice. Prin substratul lor, de cele mai multe ori fiind afecțiuni cardiace grave, tulburările de ritm ventricular determină o deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Fibrilația atrială, flutter-ul atrial	În FA și flutter, deficiența funcțională se va aprecia în raport de substratul etiopatogenic, de caracterul permanent sau paroxistic (în acest caz se va lua în considerare frecvența și durata episoadelor paroxistice) de alură ventriculară, de existența semnelor de insuficiență cardio-circulatorie și de toleranță la efort (în principiu, mult redusă).			
	Deficiență funcțională **ușoară** Episod de FA paroxistică unic sau episoade rare ce apar la intervale mari de timp, declanșate de factori extracardiaci, autolimitate, sau controlate de medicația specifică; intercritic, capacitatea de efort fizic nu este alterată.	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională **medie** FA paroxistică, recurentă, indusă de prezența bolii structurale cardiovasculare sau de factori extracardiaci (afecțiuni pulmonare, hipertiroidism, idiopatică) etc.	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
	Flutter atrial paroxistic, recurent, indus de prezența bolii structurale cardiovasculare sau de factori extracardiaci (afecțiuni pulmonare, hipertiroidism, idiopatică) etc.	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
	FA permanentă, cu AV medie controlată medicamentos, fără semne clinice de insuficiență cardiacă, cu toleranță bună la eforturi cu solicitări energetice medii.	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
	Deficiență funcțională **accentuată** Flutter-ul atrial cronic (mai rar), indiferent de etiologie; FA persistentă sau permanentă, simptomatică (palpitații, angină, dispnee) cu tendință de agravare a bolii de bază, risc tromboembolic crescut, risc de cardiomiopatie aritmogenă	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
	Deficiență funcțională **gravă** În situația tulburărilor produse prin accidente tromboembolice cu sechele neurologice care împiedică autoservirea.	90-100%	Capacitatea de muncă și autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

TULBURĂRI CRONICE DE CONDUCERE

Afecțiunea	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Blocurile atrioventriculare	Se va considera fondul etiopatogenic al tulburării, caracterul permanent sau tranzitoriu, existența simptomatologiei (lipotimii, sincope, angină pectorală, dispnee, crize Adams Stokes, pierderi de cunoştință), răspunsul la tratament şi posibilitatea implantării unui stimulator. De asemenea, se vor lua în considerare şi alte modificări patologice EKG concomitente cu blocul.			
	Deficiență funcțională **uşoară** BAV gr. I sau gr. II tip 1	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională **medie** BAV gr. II (cu substrat organic) sau unele forme de BAV gr. III (ex: congenital), în care există o toleranță la eforturi mici/medii satisfăcătoare, simptomatologia clinică este redusă şi nu se evidențiază alte modificări patologice EKG în afara blocului A-V.	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
	Deficiență funcțională **accentuată** BAV gr. II şi III, simptomatice, cu toleranță redusă la eforturi de intensitate mică	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Blocurile intraventriculare	Aprecierea funcțională se va face în raport de substratul etiopatogenic al afecțiunii, de gradul de complexitate al tulburărilor de conducere, de simptomatologia pe care o determină, de riscul vital pe care-l presupune şi de răspunsul la tratamentul specific.			
	Deficiență funcțională **uşoară** BRD incomplet, BRD complet congenital, BFAS, BFPI, fără alte modificări morfofuncționale ale inimii, fără limitarea capacității de efort	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională **medie** BRD sau BRS major, asociate altor afecțiuni cardiace, la care bolnavii sunt simptomatici la eforturi mari şi medii, dar au conservată capacitatea de prestație fizică pentru eforturi de mică intensitate	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
	Deficiență funcțională **accentuată** Blocuri bifasciculare (BRD major + BFAS, BRD major + BFPI, BRS major) şi trifasciculare (bloc bifascicular + bloc AV) ce apar în cadrul unei cardiopatii cronice, simptomatice la eforturi de mică intensitate şi chiar în repaus	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Boala nodului sinusal (BNS)	Aprecierea tulburărilor funcționale se va face în funcție de complexitatea disritmiei supraventriculare asociată posibil cu tulburări de conducere AV sau chiar intraventriculare, prezența simptomatologiei: palpitații, angină, amețeli, dispnee, sincope, chiar Adam Stokes, precum şi toleranța la efortul fizic. Se vor lua de asemenea în discuție indicația implantării de stimulator cardiac, precum şi existența altor modificări structurale cardiovasculare			
	Deficiență funcțională **uşoară** BNS cu bradicardie sinusală asimptomatică. Fără afectarea capacității de efort.	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională **medie** BNS cu disritmii supraventriculare simptomatice; toleranța la eforturi de intensitate medie păstrată.	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
	Deficiență funcțională **accentuată** BNS simptomatică, cu disritmii supraventriculare complexe, eventual asociate cu tulburări de conducere AV, toleranța la efort păstrată doar pentru eforturi de intensitate mică.	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

Bolnavi purtători de stimulator cardiac (pacemaker)	Se vor lua în considerare următoarele elemente: – dispariția, ameliorarea sau persistența simptomatologiei clinice care a motivat intervenția (cu referire dominant la stările lipotimice sau sincopale); – prezența unor anomalii de puls cauzate fie de epuizarea sursei de energie, fie de malfuncția de stimulare și decelare a eventualelor extrasistole; – semne EKG ale eficacității stimulării, precum și a situației patologice care a necesitat pacingul; – tipul de stimulator, cardiopatia pacientului purtător și vechimea generatorului de puls implantat; – eventuale complicații			
	Deficiență funcțională **ușoară** În cardio-stimulare eficientă, cu stare clinică funcțională bună, fără alte alterări ale funcției inimii	20-49%	Păstrată Se pot desfășura activități profesionale sedentare/ușoare în condiții optime de microclimat, fără risc profesional	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională **medie** Pacienții prezintă unele tulburări funcționale, la eforturi mari și medii, există modificări patologice EKG în afara celor induse de pacing	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate (cu aceleași recomandări ca mai sus)	**Gradul III**
	Deficiență funcțională **accentuată** Pacienți cu afecțiuni cardiace organice severe, la care implantarea stimulatorului a permis doar regularizarea ritmului cardiac, dar care, prin natura și amploarea modificărilor morfo-funcționale cardio-vasculare, au capacitate funcțională mult redusă, prezintă simptome la eforturi mici și chiar în repaus și au risc vital crescut	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Bolnavi după By-pass coronarian sau angioplastie coronariană	Aprecierea tulburărilor funcționale se va face în raport cu: – evoluția simptomatologiei (angină, palpitații, dispnee); – evoluția aspectului EKG: modificări de fază terminală, aritmii, tulburări de conducere; – tulburările de kinetică regionale și funcția sistolică globală a VS; – existența restenozărilor.			
	Deficiență funcțională **ușoară** Fără simptome anginoase sau angina apare la intervale mari, aspect EKG normal sau EKG relevă modificări minore de fază terminală, aritmii benigne; funcție cardiacă normală sau disfuncție sistolică ușoară (FE = 50-45%)	20-49%	Păstrată Pentru activitatea profesională cu solicitări energetice mici, în condiții de microclimat corespunzător, fără risc profesional	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională **medie** Revascularizare incompletă, cu persistența anginei la eforturi medii; disfuncție sistolică moderată de VS (FE = 40-44%; insuficiență cardiacă NYHA II;	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
	Deficiență funcțională **accentuată** În situația în care simptomatologia și tulburările funcționale persistă și după aceste tehnici, sau dacă s-au produs restenozări sau infarct miocardic acut post intervenție; disfuncție sistolică moderată (FE = 39-30%); insuficiență cardiacă NYHA III.	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

Cardiomiopatia hipertrofică (CMH) este o afecțiune miocardică primitivă, caracterizată prin hipertrofia VS și/sau VD, care afectează predominent septul interventricular. **Caracteristici:** VS nedilatat, variabilitatea mare a gradului de hipertrofie; Pentru definirea CMH: grosimea peretelui > 13 mm	Variabilitatea simptomelor care determină deficiența funcțională este determinată de interacțiunea complexă dintre HVS, gradientul intraventricular, ischemia miocardică și disfuncția diastolică și sistolică. Criteriile de apreciere a deficienței funcționale sunt rezultatul coroborării datelor **clinice:** *dispnee, angină pectorală, presincope, sincope;* **paraclinice: ecocardiografice – metoda de elecție pentru determinarea** *severității HVS, localizarea și cuantificarea gradientului intraventricular, a disfuncției cardiace;* **electrice:** *HVS cu gradient QRS-T alterat, unde Q patologice, aritmii.*			
	Deficiență funcțională **ușoară** CMH asimptomatice cu toleranță bună la eforturi mari și medii. Hipertrofie septală > 13 mm	20-49%	Păstrată	**Nu se încadrează**
	Deficiență funcțională **medie** Bolnavii paucisimptomatici în repaus și la eforturi mici, dar cu dispnee, sincope la efort mediu și mare, angină, palpitații, modificări EKG, hipertrofie septală avansată, SAM, gradient intraventricular. Insuficiență cardiacă NYHA II	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
	Deficiență funcțională **accentuată** Bolnavii simptomatici la efort mic și repaus: angină, palpitații dispnee, SAM, cu obstrucție importantă a căii de ieșire a VS (eco), cu tulburări de ritm grave, cu sincope sau presincope în antecedente (repetitive). Insuficiență cardiacă NYHA III	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
	Deficiență funcțională **gravă** CMH cu insuficiență cardiacă NYHA IV, ireversibilă, tulburări grave de ritm și sincope frecvente care împiedică autoservirea	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**
Cardiomiopatia dilatativă (CMD): dilatația VS sau a ambilor ventriculi, conform criteriilor de diagnostic acceptate în prezent: D.T.DVS > 2,7cm/m^2 FE < 45%	Elementele funcționale sunt consecința reducerii contractilității miocardice. Pentru aprecierea deficienței funcționale sunt suficiente datele **clinice:** dispnee, fatigabilitate, reducerea toleranței la efort; **Paraclinic: ecocardiografia** este investigația esențială, care detectează dilatația VS și disfuncția sistolică; EKG este întotdeauna anormală, dar anomaliile electrice sunt de cele mai multe ori nespecifice: TS, aplatizare T, subdenivelare ST, Q patologice, BRS etc.			
	CMD în faza inițială pot avea deficiență funcțională **ușoară,** dacă au toleranță bună la efort	20-49%	Păstrată	**Ne se încadrează**
	Deficiență funcțională **medie** CMD cu dispnee la efort mare și mediu, crize anginoase rare, tulburări de ritm episodice. Disfuncție sistolică VS moderată (FE = 40-44%) Insuficiență cardiacă NYHA II	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
	Deficiență funcțională **accentuată** Bolnavii cu insuficiență cardiacă NYHA III, III/IV cu tulburări severe de ritm și/sau conducere cu tromboze intracavitare Disfuncție sistolică V.S. moderată (FE = 39-30%)	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
	Deficiență funcțională **gravă** CMD cu insuficiență cardiacă gravă, ireversibilă sau cu sechele grave după accidente embolice care împiedică autoservirea Disfuncție sistolică VS gravă (FE < 30%)	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**
Cardiomiopatia restrictivă	Evaluarea se va face în raport cu: dispnee, semne de stază periferică, creșterea mare a presiunii venoase la fel ca în pericardita cronică			

Pericardita cronică	Constituirea unei pericardite cronice constrictive este adesea îndelungată, putând să apară la un timp variabil de la pericardita acută (luni până la ani). După apariția manifestărilor majore, evoluția bolii este rapidă			
	Deficiență funcțională **medie** Starea după pericardita acută, ca şi pericardita cronică constrictivă cu tulburări funcționale (dispnee) la eforturi mari şi medii, cu semne de insuficiență cardiacă NYHA II	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
	Pericardita cronică constrictivă cu semne de insuficiență cardiacă NYHA III sau IV cu tulburări de ritm sau conducere, cu dispnee de repaus sau la efort mic; determină **deficiență accentuată**	70-89%	Capacitate de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul II**
	Deficiență funcțională **gravă** Pericardita cronică constrictivă cu insuficiență cardiacă gravă, ireversibilă	90-100%	Capacitate de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**
Cordul pulmonar cronic (CPC)	Deficiența funcțională se va aprecia prin coroborarea datelor clinice (ale afecțiunii respiratorii sau vasculare, care a generat CPC) cu rezultatele testelor funcționale respiratorii şi datele obiective care relevă HTP şi suprasolicitarea VD (HVD, cu sau fără dilatație) oferite de EKG, ecografie cardiacă.			
	Deficiența funcțională **uşoară** Bolnavii cu dispnee la eforturi mari, HPT uşoară, HVD incipientă	20-49%	Păstrată	**Ne se încadrează**
	Deficiență funcțională **medie** Bolnavii cu dispnee la eforturi mari şi medii, HTP moderată, HVD moderată (evaluată ecografic)	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
	Deficiență funcțională **accentuată** Bolnavi cu dispnee la eforturi mici, HTP gravă, HVD, semne de insuficiență cardiacă dreaptă	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
	Deficiență funcțională **gravă** Bolnavii cu dispnee la eforturi minime sau cu ortopnee, cu semne de insuficiență cardiacă dreaptă decompensată, ireversibilă, care conduc la pierderea capacității de autoservire	90-100%	Capacitate de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

Severitatea hipertensiunii pulmonare (HTP): date ecocardiografice
HTP uşoară: PAP sistolică = 30-44 mmHg
HTP moderată: PAP sistolică = 45-70 mmHg;
HTP gravă: PAP sistolică > 70 mmHg

TRANSPLANTUL CARDIAC

Transplantul cardiac se defineşte ca terapie de elecție în cazuri selecționate de boli cardio-vasculare ireversibile, care amenință viața pacientului. Indicația de transplant cardiac este limitată la un număr relativ restrâns de pacienți, la care se estimează un beneficiu real în privința creşterii duratei de supraviețuire şi a calității vieții.

Sunt evaluați, de regulă, în vederea transplantului cardiac pacienți cu insuficiență cardiacă congestivă clasele III, IV NYHA. Pacienții cu simptome clasificate în clasa II NYHA pot fi evaluați în vederea transplantului cardiac în cazul asocierii unor condiții severe care întunecă prognosticul bolii. Pot fi indicații de transplant cardiac:

- boala cardiacă ischemică refractară la terapia medicamentoasă;
- tahicardia ventriculară susținută, refractară la toate metodele terapeutice, inclusiv implantarea de defibrilatoare;
- cardiomiopatia dilatativă;
- cardiomiopatia restrictivă;
- cardiomiopatia dilatativă;
- boli cardio-vasculare congenitale, în situațiile în care riscul chirurgical este foarte mare.

Diagnostic funcțional

În aprecierea deficienței funcționale, a incapacității adaptative, respectiv a gradului de invaliditate, se va ține seama de:

- gradul afectării funcției cardio-vasculare, evaluată prin parametrii hemodinamici specifici;
- evoluția post-transplant;
- existența complicațiilor cauzate de boala de fond, de intervenția operatorie sau de tratamentul imunosupresor cronic.

Pacienții cu evoluție post-operatorie favorabilă, cu funcție hemodinamică adecvată post-transplant prezintă deficiență funcțională accentuată, incapacitate adaptativă 70-89%, **capacitate de muncă pierdută în totalitate.**

Evoluția nefavorabilă cu restabilire inadecvată a parametrilor hemodinamici şi/sau prezența complicațiior determină deficiență funcțională gravă cu incapacitate adaptativă de 90-100%, **capacitate de muncă şi autoservire pierdute în totalitate.**

Complicațiile care duc la includerea bolnavului în categoria invalidității totale cu însoțitor sunt:

- respingerea allografei;
- disfuncția allografei (din cauza efectelor farmacologice sau vasculare – vasculopatia allografei);
- boala coronariană ischemică;
- complicații cauzate de imunosupresia cronică (insuficiență renală – nefrotoxicitatea ciclosporinei, infecții severe, neoplazii);
- tulburări psihice – depresie reactivă.

Reluarea activității este posibilă numai într-un număr foarte restrâns de cazuri. Dacă pacientul doreşte să îşi reia activitatea profesională, se vor avea în vedere:

- aspectele legate de locul de muncă (solicitări energetice şi neuro-psihice, condiții de microclimat, securitatea muncii);
- nivelul de inteligență, profilul psihologic, nivelul pregătirii profesionale, situația familială şi socială.

BOLILE ARTERELOR PERIFERICE (BAP)

Evaluarea funcțională şi aprecierea capacității de muncă în arteriopatiile periferice

Afecțiunea	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Arteriopatiile periferice	**Fără** deficiență funcțională – arteriopatii de st. I: asimptomatic, absența pulsului arterial, raport gleznă/braț 0.9-0,8; indice oscilometric 0,5	0-19%	Păstrată	**Nu se încadrează**
	Deficiență funcțională **uşoară** – arteriopatii st. II A: claudicație intermitentă la > 200 m mers şi terminarea testului de efort standardizat la covor rulant*, indicele gleznă/braț între 0,7-0,8; indice oscilometric 0,5	20-49%	Păstrată. Necesită schimbarea locului de muncă (dacă este cazul) şi urmărirea continuă a evoluției bolii	**Nu se încadrează**
	Deficiență funcțională **medie** – arteriopatii st. II B: claudicație intermitentă la puțin de 200 m de mers, incapacitatea de a termina testul la covor rulant*, indicele gleznă/braț 0,7-0,6; indice oscilometric o, asociate şi cu alte localizări aterosclerotice	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate. Monitorizare continuă; în funcție de locul de muncă, poate lucra şi cu normă întreagă	**Gradul III**
	Deficiență funcțională **accentuată** – arteriopatii st. III: durere ischemică de repaus; – arteriopatii st. IV: apar tulburări trofice; – indice gleznă /braț < 0,6; indice oscilometric 0; – amputație până la nivelul gambei unilateral + BAP st. II/III membru controlateral; – *amputație gambe bilateral; – *amputație gambă unilateral + anchiloză genunchi, şold controlateral	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

	Deficienţă funcţională **gravă** – arteriopatii cu amputaţii ce duc la tulburări funcţionale grave şi necesită îngrijire permanentă; – amputaţie unilaterală coapsă + BAP st. III-IV membru controlateral; – amputaţia ambelor coapse; – amputaţie coapsă unilateral + anchiloză şold controlateral BAP = boală arterială periferică	90-100%	Capacitate de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

* În aceste situaţii, deficienţa funcţională poate fi accentuată sau gravă, în funcţie de posibilităţile de protezare şi de eventualele asocieri cu alte localizări ale aterosclerozei (coronariene, cerebrale etc.), precum şi în funcţie de extensia şi severitatea acesteia.

Arteriopatii obliterante operate

Evaluarea insuficienţei arteriale postoperatorii implică determinarea semnelor şi a simptomelor ce rezultă din diminuarea circulaţiei arteriale tisulare locale.

Aprecierea tulburărilor funcţionale se va face în raport cu evoluţia simptomelor subiective (durere de repaus, claudicaţie), existenţa semnelor fizice revelatoare de insuficienţă circulatorie arterială, datele obiective oferite de investigaţiile paraclinice specifice (oscilometrie, indice presional (IP), Doppler vascular, angiografie). Bolnavul va fi inclus într-un stadiu evolutiv al clasificării Leriche-Fontaine, după care se va stabili deficienţa funcţională şi, implicit, capacitatea de muncă. Se va ţine cont de toleranţa la tratamentul anticoagulant cronic, acolo unde este cazul.

* Testul de efort standardizat la covor rulant pentru aprecierea clinică a ischemiei cronice constă în 5 minute de mers cu o viteză de 3,2 km/h şi o înclinare a pantei de 10°.
Terminarea testului plasează bolnavul în st. II A Fontaine, iar incapacitatea de a termina testul din cauza claudicaţiei este echivalentul st. II B Fontaine.

INSUFICIENŢA VENOASĂ CRONICĂ

Evaluarea funcţională şi aprecierea capacităţii de muncă în insuficienţa venoasă cronică

Afecţiunea	Deficienţa funcţională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul invaliditate
CEAP- C0-C2	**Fără** deficienţă funcţională – varice simple – pachete varicoase	0-19%	Păstrată. Schimbarea locului de muncă nefavorabil prin temperaturi ridicate şi ortostatism	Nu se încadrează
Insuficienţa venoasă cronică gradul 1 CEAP- C3	Deficienţă funcţională **uşoară** – dilataţii arciforme cu hipertensiune venoasă ortostatică – edem moderat	20-49%	Păstrată. Schimbarea locului de muncă	Nu se încadrează
Insuficienţa venoasă cronică gradul 2 CEAP- C4-C5	Deficienţă funcţională **medie** – dilataţii varicoase extinse – edem moderat/sever – senzaţie de greutate în gambă marcată – modificări pigmentare, eczemă, lipodermatoscleroză – ulcer venos de gambă vindecat	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
Insuficienţa venoasă cronică gradul 3 CEAP- C6	Deficienţă funcţională **accentuată** – edemul cuprinde întreaga gambă – senzaţie de greutate imediat după adoptarea ortostatismului – ulcer venos de gambă activ	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

Clasificarea CEAP – Stadializarea insuficienţei venoase cronice pe baza criteriior **C**linice, **E**tiologice, **A**natomice şi **P**atofizologice

2. AFECȚIUNI RESPIRATORII

Pentru evaluarea capacității de muncă în afecțiunile respiratorii, sunt necesare:

I. Evaluarea clinică:

- Simptome (tuse, expectorație, dispnee la efort, paroxistică sau permanentă);
- Evoluție (forme stabile, exacerbări rare/frecvente);
- Impactul asupra calității vieții;
- Nivelul limitării activității fizice;
- Nivelul consumului de medicamente.

II. Explorările funcționale pulmonare:

- evaluarea ventilației pulmonare prin spirometrie;
- evaluarea globală a schimburilor gazoase (gazanaliza sângelui arterial în repaus şi efort);
- evaluarea mecanismelor de adaptare la efort prin teste specifice;
- efectuarea de teste suplimentare de explorare funcțională pulmonară (determinarea VR şi CRF, teste de mecanică pulmonară, teste de transfer gazos prin membrana alveolo-capilară, pletismografie cu determinarea rezistenței la flux în căile aerifere – Raw etc.).

III. Examenul radiologic pulmonar:

- este obligatoriu în toate afecțiunile respiratorii;
- este util pentru:
  – diagnosticul pozitiv şi diferențial;
  – urmărirea evoluției bolii;
  – evidențierea complicațiilor.

IV. Electrocardiograma, ecografia cardiacă în cazurile complicate cu cord pulmonar cronic sau insuficiența cardiacă dreaptă.

ASTMUL BRONŞIC

Criterii de diagnostic funcțional

I. Simptome: diurne/nocturne, intermitente/permanente, controlate terapeutic sau nu, impactul asupra activității zilnice;
II. **Funcția ventilatorie (VEMS, PEF** variabilitate);
III. **Tratament** (tratamentul cronic şi tratamentul crizelor).

Severitatea astmului bronşic

În clinicile de pneumologie, acestea se clasifică pe baza elementelor clinice şi funcționale înainte de tratament.

Dacă pacientul se află deja în tratament, severitatea bolii se apreciază în funcție de răspunsul la tratament (controlul clinic).

Observații:

Tabelul 1 prezintă criteriile de evaluare a deficienței funcționale, a incapacității adaptative şi a capacității de muncă stabilite pe baza *clasificării severității astmului bronşic conform caracteristicilor clinice şi funcționale (Global Initiative for Asthma-GINA 2006)*.

Noțiunea de *control* vizează componenta clinică şi se referă la efectele tratamentului asupra manifestărilor bolii.

Evaluarea funcțională a severității prin spirometrie este obligatorie pentru stabilirea deficienței funcționale.

În cazurile corect tratate, se va ține seama în evaluarea cazurilor şi de nivelul de control al astmului bronşic.

Tabelul 1. Criterii de diagnostic clinic, diagnostic funcțional şi al capacității de muncă în astmul bronşic

Afecțiunea (forma clinică, stadiul)	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Astm bronşic intermitent	**Fără** deficiență funcțională Simptome mai puțin de o dată pe săptămână; simptome nocturne mai puțin de două ori pe lună; exacerbări rare, de scurtă durată; asimptomatic în afara crizelor, nu afectează activitatea zilnică • VEMS, PEF ≥ 80% din prezis • Variabilitate PEF sau VEMS ≤ 20%	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
Astm bronşic persistent uşor	Deficiența funcțională **uşoară** Simptome mai mult de o dată pe săptămînă, dar mai puțin de o dată pe zi; simptome nocturne mai mult de două ori pe lună; exacerbări frecvente, care pot afecta activitatea zilnică şi somnul; • VEMS, PEF până la 65% din prezis • Variabilitate PEF sau VEMS 20-30%	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
Astm bronşic persistent moderat	Deficiența funcțională **medie** Simptome zilnice; simptome nocturne mai mult de o dată pe săptămână; exacerbări frecvente care pot afecta activitatea zilnică şi somnul, însoțite de alterarea funcției ventilatorii (VEMS, PEF 60-50% prezis, variabilitate PEF sau VEMS > 30%)	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**III**
Astm bronşic persistent sever	Deficiența funcțională **accentuată** Simptome zilnice; exacerbări frecvente, severe; simptome nocturne frecvente; limitarea importantă a activității zilnice, însoțită de alterarea funcției ventilatorii (VEMS, PEF ≤ 50% prezis, Variabilitate PEF sau VEMS > 30%)	70-89%	Pierdută în totalitate	**II**
Complicații (insuficiență respiratorie cronică, CPC, ICD)	Deficiența funcțională **gravă** VEMS, PEF < 30% prezis, hipoxemie severă de repaus ± hipercapnie (pa O_2 < 60 mmhg, pa CO_2 > 50 mmhg) + Semne de cord pulmonar cronic, insuficiență cardiacă ireductibilă	90-100%	Capacitate de autoservire pierdută	**I**

Tabelul 2. Stadializarea astmului bronşic în funcție de nivelul de control terapeutic

Caracteristici	Controlat	Parțial controlat	Necontrolat
Simptome pe parcursul zilei	**Fără** sau mai puțin de două ori/săptămână	Mai mult de două ori pe săptămână	Cel puțin trei dintre elementele precizate la astmul bronşic parțial controlat în fiecare săptămână
Limitarea activității	Fără	Prezentă	
Simptome nocturne (trezesc pacientul)	Fără	Prezente	
Tratament de urgență	Nu este necesar sau poate fi necesar de mai puțin de două ori pe săptămână	Necesar de mai mult de două ori pe săptămână	
Funcția pulmonară (VEMS sau PEF)	Normală	< 80% din prezis sau din cea mai bună valoare personală (dacă este cunoscută)	
Exacerbări	Niciuna	Cel puțin una pe an	Una pe săptămână

BOALA PULMONARĂ OBSTRUCTIVĂ CRONICĂ (BPOC) *

Criterii de diagnostic funcțional

I. **Simptome**: tuse, expectorație, dispnee progresivă accentuată la efort;

II. **Funcția ventilatorie**: obstrucție la flux parțial reversibilă, cu sau fără simptome prezente, evaluată prin spirometrie **(VEMS, VEMS/ CVF)**.

III. **Determinări gazanalitice sanguine.**

Severitatea BPOC

Se clasifică pe baza parametrilor ventilatori determinați prin spirometrie, corelați cu frecvența, durata şi intensitatea exacerbărilor, eventual cu prezența complicațiilor (insuficiență respiratorie cronică, CPC, ICD).

* Conform recomandărilor ghidurilor **GOLD** (**G**lobal Initiative for Chronic **O**bstructive **L**ung **D**isease, Inițiativa Globală privind Diagnosticul, Monitorizarea şi Prevenirea BPOC)

Severitatea alterărilor spirografice definită prin valorile procentuale ale VEMS

Gradul de severitate	VEMS % prezis
ușor	80-65
moderat	64-50
sever	50-35
foarte sever	< 35

Criterii de diagnostic clinic, diagnostic funcțional şi al capacității de muncă în BPOC

Afecțiunea (forma clinică, stadiul)	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Stadiul I **BPOC forma ușoară**	Deficiență funcțională **ușoară** • VEMS/CVF < 0,70 • VEMS, ≥ 80% prezis Simptome prezente sau nu; nu este afectată activitatea zilnică	1-29%	Păstrată	**Nu se încadrează în grad de invaliditate**
Stadiul II **BPOC forma moderată**	Deficiență funcțională **ușoară** • VEMS/CVF < 0,70 • VEMS 80-60% din prezis Dispnee la efort, exacerbări care necesită tratament de specialitate, nu este afectată activitatea zilnică	30-49%	Păstrată	**Nu se încadrează în grad de invaliditate**
Stadiul II **BPOC forma moderată**	Deficiență funcțională **medie** • VEMS/CVF < 0,70% • VEMS 59-50% din prezis Dispnee la efort, exacerbări care necesită tratament de specialitate; poate fi afectată activitatea zilnică	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**III**
Stadiul III **BPOC forma gravă**	Deficiență funcțională **accentuată** • VEMS/CVF < 0,70 • VEMS 49-30% din prezis Dispnee la eforturi medii/mici, exacerbări repetate, afectare importantă a activității zilnice	70-89%	Pierdută în totalitate	**II**
Stadiul IV **BPOC forma foarte gravă**	Deficiență funcțională **gravă** • VEMS/CVF < 70% • VEMS < 30% din prezis sau VEMS 49-30% din prezis, dar cu complicații • Insuficiență respiratorie cronică (pa O_2 < 60 mmHg, pa CO_2 > 50 mmHg) • CPC, ICD ireductibilă Afectare severă a activității zilnice; necesită OLD	90-100%	Capacitate de autoservire pierdută	**I**

PNEUMOPATIILE INTERSTIȚIALE DIFUZE (PID)

Pneumopatiile interstiţiale difuze reprezintă un grup numeros şi eterogen de afecţiuni pulmonare care însoţesc condiţii clinice variate, congenitale sau dobândite, complicând tabloul clinic şi evoluţia acestora.

Cauze mai frecvente de PID

- **Afecţiuni pulmonare primitive:** Fibroza interstiţială difuză idiopatică, sarcoidoza, histiocitoza X, broşiolita obliterantă, pneumonia limfocitară interstiţială;
- **Afecţiuni reumatismale sistemice:** artrita reumatoidă, LES, sclerodermia, boala mixtă de colagen, spondilita anchilozantă etc.
- **Iatrogene:** antibiotice, antiinflamatoare, antihipertensive, citostatice etc;
- **Expunere profesională:** silicoza, azbestoza, berilioza, pulberi, gaze, vapori cu acţiune fibrozantă etc.;
- **Vasculită pulmonară:** granulomatoza Wegener;
- **Afecţiuni congenitale:** fibroza pulmonară idiopatică familială, neurofibromatoza, scleroza tuberoasă, boala Gaucher etc.

  Observaţie. În cazul în care condiţia patologică primară este identificată, se vor aplica criteriile respective, considerând PID asociată ca un factor agravant.

Tabelul 3. Criterii de diagnostic clinic, diagnostic funcţional şi al capacităţii de muncă în pneumopatiile interstiţiale difuze (PID)

Stadiul clinic	Diagnosticul clinic şi funcţional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Stadiul I	Deficienţă funcţională **uşoară** Dispnee la efort VEMS ≥ 65% din prezis, factorul de transfer gazos (TL,CO) normal sau uşor scăzut (până la 60% din prezis), capacitate de efort normală sau uşor scăzută (5-7 MET), eventual hipoxemie uşoară la efort (SaO_2 ≤ 95%)	20-49 %	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
Stadiul II	Deficienţă funcţională **medie** Dispnee la eforturi moderate VEMS 64-50% din prezis, TL,CO reducere moderată (60-40% din prezis), capacitatea de efort – reducere moderată (3-5MET), eventual hipoxemie uşoară/ moderată la efort în repaus sau efort (SaO2 94 – 93%)	50-69 %	Cel puţin jumătate pierdută	**Gradul III**
Stadiul III	Deficienţă funcţională **accentuată** Dispnee în repaus VEMS < 50% din prezis, Tl, CO reducere severă (< 40% din prezis), reducere accentuată a capacităţii de efort (<3MET), hipoxemie moderată sau severă în repaus sau la efort (SaO_2 < 93%)	70-89 %	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Stadiul IV	Deficienţă funcţională **gravă** VEMS< 30% din prezis sau VEMS 49-30% din prezis, dar cu complicaţii Insuficienţă respiratorie conică (paO_2 < 60 mmHg, $paCO_2$ > 50 mmHg CPC, ICD ireductibilă Afectare severă a activităţii zilnice; necesită OLD	90-100 %	Capacitate de autoservire pierdută	**Gradul I**

SUPURAŢII BRONHOPULMONARE CRONICE

Supuraţiile bronhopulmonare constituie un grup eterogen de afecţiuni, caracterizate prin infecţie recurentă sau persistentă de tip supurativ, care se manifestă clinic prin:

- bronhoree purulentă – recurentă şi/sau persistentă, eventual fetidă sau hemoptoică (în fazele acute depăşind 50 ml/24 h);
- dispnee de efort sau repaus;
- semne generalizate de infecţie.

Se includ în acest grup:

- supuraţii bronşice – bronşite cronice purulente, bronşiectazii supurate;
- supuraţii pulmonare – abcese pulmonare, supuraţii pulmonare, difuzepioscleroză pulmonară.

Supurații bronhopulmonare

Criterii de diagnostic clinic, diagnostic funcțional şi al capacității de muncă în supurațiile bronhopulmonare cronice

Clinic şi funcțional	Exacerbări	Controlul terapeutic	Incapacitatea adaptativă	Deficiența funcțională/ Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
• pusee supurative episodice • dispnee gr. I • fără disfuncție ventilatorie	< 2 luni/an	complet reversibile	1-19%	**Fără** Păstrată	Nu se încadrează
• disfuncție ventilatorie uşoară VEMS > 65% • bronhoree 50-70 ml/24 h în cursul puseelor supurative	< 2 luni/an	complet reversibile	20-49%	**Uşoară** Păstrată	Nu se încadrează
• disfuncție ventilatorie moderată VEMS 50-65% din prezis a) bronhoree >70 ml/24 h în timpul puseelor supurative • dispnee gr. I-II b) bronhoree 70 ml/24 h în timpul puseelor supurative. • hipoxemie la efort • reducere moderată a capacității de efort	> 2 luni/an < 3 luni/an	reversibile prin tratament	50-69%	**Medie** Capacitatea de muncă pierdută cel puțin jumătate	**III**
• disfuncție ventilatorie severă VEMS 35-49% din prezis • bronhoree > 70 ml/24 h • hipoxemie în repaus sau la efort • semne prezente de CPC	> 3 luni/an	Parțial sau temporar reversibile	70-89%	**Accentuată** Capacitatea de muncă pierdută în totalitate	**II**
• disfuncție ventilatorie foarte severă VEMS < 35% din prezis • bronhoree purulentă permanentă > 70 ml/24 h • insuficiență respiratorie cronică manifestă ($paO_2 \leq 60$ mmHg în repaus), CPC, ICD ireductibilă, capacitate de autoservire pierdută	persistent	ineficient	90-100%	**Gravă** Capacitatea de autoservire pierdută	**I**

PLEUREZII PURULENTE

(empiem pleural, piotorax, abces pulmonar)

Sunt afecțiuni determinate de acumularea de lichid purulent în cavitatea pleurală. Pun problema aprecierii incapacității şi a deficienței funcționale în următoarele situații:

a) determină sechele importante (pahipleurită, calcificări pleurale);

b) au necesitat tratament chirurgical (decorticare, exereză pulmonară, toracoplastie).

Aprecierea incapacității şi a deficienței funcționale se bazează pe:

- evoluția clinică;
- severitatea disfuncției ventilatorii;
- reducerea capacității de efort estimată prin teste specifice.

TUBERCULOZA PULMONARĂ

Conform Programului Național de Control al Tuberculozei:

1. cazul de tuberculoză este considerat:

- pacientul cu simptome şi semne sugestive de tuberculoză, confirmat bacteriologic şi/sau histopatologic, la care este obligatorie instruirea tratamentului antituberculos;
- pacientul care nu are confirmare bacteriologică şi/sau histopatologică, dar are un context clinic şi paraclinic compatibil cu tuberculoza, iar medicul specialist decide instituirea tratamentului antituberculos.

2. pacienții cu diagnosticul de tuberculoză se clasifică în următoarele categorii:

- *caz nou:* pacientul care nu a mai făcut tratament cu medicamente antituberculoase în asociere pe o perioadă mai mare de o lună;

- *recidivă:* pacientul cu tuberculoză pulmonară care a primit o cură de tratament antituberculos în antecedente, a fost declarat vindecat şi are un nou episod evolutiv confirmat bacteriologic;
- *eşec:* pacientul cu tuberculoză pulmonară care a rămas sau a devenit pozitiv (conform criteriilor de confirmare bacteriologică) la examenul bacteriologic al sputei pentru BK după 4 luni de tratament;
- *cronic:* pacientul cu eşec terapeutic la primul retratament.

3. **categoriile de evaluare a tratamentului** pentru pacienții cu tuberculoză pulmonară confirmați bacteriologic inițial:

- *vindecați:* pacienți confirmați bacteriologic, cu tratament corect efectuat, care au cel puțin două controale de spută negative, din care unul în ultima lună de tratament;
- *tratament încheiat:* pacient cu tratament corect efectuat, neconfirmat inițial bacteriologic sau confirmat bacteriologic, dar care nu are două controale de spută negative, pentru a fi etichetat vindecat;
- *eşec terapeutic:* pacientul care este pozitiv la orice examen bacteriologic al sputei efectuat după 4 luni de tratament.

Bolnavii confirmați clinic şi bacteriologic cu tuberculoză pulmonară beneficiază de concedii medicale de 360 de zile, conform legii. După această perioadă, deficiența funcțională şi incapacitatea adaptativă se apreciază în funcție de categoria clinică şi terapeutică în care se află bolnavul.

Categoria clinică şi terapeutică	Incapacitatea adaptativă	Deficiența funcțională/ Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Vindecat (fără sechele)	20-49%	**Uşoară** Păstrată	**Nu se încadrează în grad de invaliditate**
Tratament încheiat	50-69%	**Medie** Cel puțin jumătate pierdută	**III**
• eşec terapeutic • cronic • recidivă (precoce – la mai puțin de un an de la vindecare) • complicații severe, cronice (fistule bronho-pleuro-bronşice, empieme tbc reziduale)	70-89%	**Accentuată** În totalitate pierdută	**II**
Forme cronice severe însoțite de: – caşexie – insuficiență respiratorie cronică manifestă – ICD ireductibilă	90-100%	**Gravă** Capacitatea de autoservire pierdută	**I**

TUBERCULOZA PULMONARĂ OPERATĂ

În stabilirea incapacității şi a gradului de invaliditate la aceşti bolnavi, se va ține seama de:

- criteriile de activitate a tuberculozei;
- consecințele morfofuncționale ale intervenției chirurgicale:

1. Bolnavii cu intervenție chirurgicală pe torace pentru tuberculoză pulmonară prezintă incapacitate de 70-89% (**deficiență funcțională accentuată** – **gradul II de invaliditate**) timp de 1 an de la intervenție;

2. Bolnavii operați pentru tuberculoză pulmonară, care au evoluat favorabil, se consideră că prezintă **incapacitate adaptativă de 50-69% (deficiență funcțională medie – gradul III de invaliditate**) pentru încă 6 luni în vederea readaptării progresive la activitatea profesională şi a evitării recăderilor (chiar dacă nu prezintă afectarea funcției respiratorii);

3. După această perioadă, bolnavii vor fi reevaluați, iar incapacitatea adaptativă şi deficiența funcțională vor fi stabilite conform criteriilor din capitolul introductiv, în funcție de:

- prezența sechelelor;
- severitatea disfuncției ventilatorii;
- alte tulburări funcționale;
- capacitatea de efort.

AFECȚIUNI RESPIRATORII SECHELARE POSTTUBERCULOASE

În acest grup sunt cuprinse formele de tuberculoză pulmonară vindecate cu sechele morfo-funcționale importante.

Caracteristici:

- se manifestă după luni sau ani de la vindecarea procesului bacilar;
- baciloscopie directă constant negativă timp de cel puțin 18 luni (cel puțin 3 culturi);
- imagini radiologice nemodificate (controale repetate la câteva luni).

Forme clinice mai frecvente:

– bronşită cronică;
– bronşiectazii;
– insuficienţă respiratorie cronică cu acutizări repetate;
– fibrotorax;
– pahipleurite calcare extinse;
– emfizem cicatriceal.

Stabilirea incapacității adaptative şi încadrarea în grad de invaliditate se bazează pe:

- severitatea afectării ventilației pulmonare;
- severitatea afectării schimburilor gazoase la nivel pulmonar;
- reducerea capacității la efort estimată prin teste specifice;
- riscul de reactivare.

SINDROMUL DE APNEE ÎN SOMN (SAS)

Sindromul de apnee în somn, *înainte de tratament şi în absența complicațiilor,* poate beneficia de *concediu medical conform legii,* timp în care vor fi aplicate metodele terapeutice adecvate (tratament chirurgical, tratament specific CPAP/BIPAP).

Postterapeutic, capacitatea de muncă se evaluează în funcție de răspunsul la terapia specifică, severitatea fenomenelor reziduale, prezența complicațiilor şi a asocierilor morbide.

Evaluarea complexă cuprinde:

– *examen pneumologic* – severitatea fenomenelor reziduale: indicele apnee/hipopnee rezidual (IA/H), somnolența diurnă, complicațiile respiratorii;
– test de efort – capacitatea de efort, răspunsul hemodinamic, prognostic;
– examen psihologic – evidențierea tulburărilor cognitive, de atenție/concentrare;
– examen psihiatric (eventual);
– alte investigații în funcție de prezența complicațiilor şi/sau a afecțiunilor asociate.

Aspecte clinice	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Răspuns terapeutic bun, IA/H rezidual ≤ 10, deficit minor de atenție/concentrare, fără somnolență diurnă, reducere uşoară a capacității de efort	**Uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează (eventual, loc de muncă în care să fie protejată siguranța proprie şi a celorlalți)
Răspuns terapeutic satisfăcător, IA/H rezidual 11-20, deficit moderat de atenție/concentrare, somnolență diurnă, reducere moderată a capacității de efort, răspuns hemodinamic inadecvat la efort	**Medie**	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	**Gradul III**
Răspuns terapeutic slab, non-complianță la tratamentul specific, IA/H rezidual > 20, deficit sever de atenție/concentrare, somnolență diurnă, reducere accentuată a capacității de efort, răspuns hemodinamic inadecvat la efort Asociere cu sindrom **obezitate/hipoventilație** (IMC > 40 kg/ m^2, hipercapnie şi hipoxemie diurnă, fără alte cauze)	**Accentuată**	70-90%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

În prezența **complicațiilor/afecțiunilor asociate** (HTA, infarct miocardic, AVC, diabet zaharat, BPOC, insuficienţă respiratorie, tulburări psihice), cazul se evaluează conform criteriilor pentru afecțiunile respective, considerând SAS ca factor agravant.

3. AFECȚIUNI ALE APARATULUI DIGESTIV

Evaluarea deficienței funcționale, a incapacității adaptative şi a capacității de muncă în afecțiunile digestive se bazează pe:

- prezența şi intensitatea simptomelor;
- starea generală şi de nutriție;
- severitatea anemiei;
- prognosticul bolii.

Investigațiile aparatului digestiv necesare în expertiza medicală a capacității de muncă sunt:

- investigații radio-imagistice, tranzit baritat esofagian, gastric, intestinal, ultrasonografie, ecoendoscopie, CT, RMN etc.;
- investigații endoscopice specifice segmentelor de tub digestiv afectate: endoscopie esogastrică, colonică, rectală sau ecoendoscopie;
- investigații specifice chirurgiei generale prin laparoscopie, injectare de substanțe de contrast etc;
- examen histopatologic al diverselor fragmente de țesut prelevat fie prin abord chirurgical, fie endoscopic sau prin puncție de organ;
- examene de laborator biochimice şi hematologice de uz curent şi/sau speciale;
- teste imunologice;
- markeri virali şi oncologici.

Pentru aprecierea stării de nutriție se va utiliza grila de stabilire a indicelui de masă corporală (IMC), în funcție de parametrii antropomorfici.

IMC – se măsoară în numărul de kilograme pe metrul pătrat de suprafață corporală.

Astfel, se consideră următoarele intervale:

- normal – 20-24,9 kg/m^2;
- preobez – 25-29,9 kg/m^2;
- obezitate – > 30 kg/m^2;
- subponderal – 20-18,5 kg/m^2;
- deficit ponderal < 18,5 kg/m^2.

Severitatea anemiei se apreciază astfel:

Anemie:

- uşoară Hb = 10-12g%;
- moderată Hb = 8-10g%;
- severă Hb < 8g%.

BOLILE ESOFAGULUI

A. Afecțiunile motorii şi tulburările funcționale ale esofagului:

- acalazia;
- boala de reflux gastro-esofagian;
- hernia gastrică transhiatală;
- diverticulii esofagieni;
- bolile neurologice;
- boala Parkinson;
- stenozele esofagiene post-caustice;
- colagenozele etc.

B. Tumorile esofagiene sunt:
- benigne: leiomiom;
- maligne: – carcinom scuamos;
  – adenocarcinom;
  – melanocarcinom;
  – carcinom cu celule mici;
  – sarcom;
  – carcinosarcom.

Simptomatologie:
– disfagie;
– dureri presternale inferioare;
– regurgitații;
– pirozis.

Tratamentul tumorilor esofagiene este chirurgical, iar uneori se asociază şi tratamentul oncologic.

Procedurile de reconstrucție după esofagectomia terapeutică, care se aplică atât în cazul tumorilor, cât şi al stenozelor esofagiene post-caustice, sunt:

Esofagogastrostomie:	– by-pass gastric substernal – by-pass gastric inversat – by-pass gastric intratoracic – tub gastric izoperistaltic
Interpoziție colonică:	– stânga (antiperistaltică) – dreapta (esoperistaltică) – transvers.
Interpoziție jejunală.	

Diagnosticul clinic se precizează prin: examen radiologic baritat, endoscopie, biopsie din mucoasa esofagiană.

Diagnosticul funcțional se precizează în funcție de intensitatea şi de frecvența simptomatologiei, imaginea radiologică, diagnosticul endoscopic, deficitul ponderal, complicații.

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
A. Afecțiuni motorii şi tulburări funcționale ale esofagului				
B. Tumori esofagiene benigne				
a) simptomatologie de intensitate mică b) episoade rare c) fără deficit ponderal	**Fără** deficiență funcțională	0-19%	Păstrată	**Nu se încadrează**
a) simptomatologie de intensitate mică b) episoade frecvente c) deficit ponderal ușor	Deficiență funcțională **ușoară**	20-49%	Păstrată	**Nu se încadrează**
a) simptomatologie de intensitate medie b) complicații: esofagită, hemoragii medii, complicații bronhopulmonare c) deficit ponderal mediu	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
a) simptomatologie permanentă b) complicații: ulcer esofagian, hemoragii digestive importante, stenoză peptică c) denutriție accentuată, anemie.	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

Tumorile **maligne** vor fi încadrate conform criteriilor de la capitolul *Afecțiuni neoplazice.*

BOLILE STOMACULUI ŞI ALE DUODENULUI

A. Ulcerul gastric şi duodenal

Se caracterizează prin durere epigastrică cu ritmicitate şi periodicitate caracteristice.

Este diagnosticat radiologic şi endoscopic. Prezența infecției cu *Helicobacter Pylori P*. poate fi depistată endoscopic sau prin teste biologice şi beneficiază de tratament specific.

În perioadele dureroase, când sunt necesare atât repausul fizic, cât şi tratamentul medicamentos, pacientul beneficiază de concediu medical conform legii.

Lipsa răspunsului terapeutic şi apariția complicațiilor (HDS, stenoza pilorică, denutriția) recomandă pacientul pentru intervenție chirurgicală.

B. Tumorile gastrice

Pot fi **benigne:** polipul, leiomiomul, leiomioblastul.

Diagnosticate endoscopic, radiologic şi prin biopsie, beneficiază de cură chirurgicală.

Capacitatea de muncă se va aprecia în funcție de rezultatele terapeutice, de starea de nutriție şi de complicații, conform criteriilor cuprinse în capitolul *Suferințele stomacului operat*.

- sau **maligne:** adenocarcinomul, limfomul, carcinoidul.

Diagnosticate prin endoscopie, examen radiologic şi biopsie, pot beneficia de cură chirurgicală şi de tratament oncologic. Capacitatea de muncă se va aprecia conform criteriilor pentru afecțiuni neoplazice.

Stomacul operat

Suferințele stomacului operat instalate precoce, până în 4 săptămâni post-operator (sindrom diareic, hemoragie, fistulă, pancreatită, stenoza gurii de anastomoză) beneficiază de tratament în serviciile de chirurgie în timpul concediului medical.

Suferințele tardive, instalate după 6-8 săptămâni de la intervenția chirurgicală (ulcerul peptic post-operator, sindromul postprandial precoce – dumping şi sindromul post prandial tardiv) beneficiază, de asemenea, de concediu medical conform legii.

Diagnosticul clinic se precizează prin: examen radiologic baritat şi endoscopie.

Diagnosticul funcțional se precizează în funcție de:

- intensitatea şi frecvența simptomatologiei;
- date imagistice (radiologic, endoscopic);
- deficitul ponderal;
- severitatea anemiei.

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Stomac operat (fără rezecție de organ) a) fără simptomatologie postoperatorie b) fără deficit ponderal c) fără anemie	**Fără** deficiență funcțională	0-19%	Păstrată	**Nu se încadrează**
Stomac operat (fără rezecție de organ sau cu rezecție gastrică) a) cu simptomatologie minimă b) deficit ponderal uşor c) anemie uşoară	Deficiență funcțională **uşoară**	20-49%	Păstrată	**Nu se încadrează**
a) deficit ponderal mediu b) anemie feriprivă medie	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	**Gradul III**
Stomacul operat a) rezecție gastrică: – antrectomie – hemigastrectomie – gastrectomie subtotală, în funcție de starea generală, de starea de nutriție şi de prognostic. b) deficit ponderal accentuat c) anemie feriprivă severă	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

HEPATITA CRONICĂ ŞI CIROZA HEPATICĂ

Hepatita cronică (HC) este un sindrom clinico-histo-patologic cu etiologii diferite, caracterizat de *inflamație cronică, necroză hepato-celulară* şi adesea *fibroză*, care evoluează fără ameliorare cel puțin 6 luni.

Diagnosticul de HC este clinic, biologic şi **histologic**.

În ***evaluarea capacității de muncă*** a unui pacient cu HC se vor avea în vedere:

– **Examenul obiectiv;**
– **Testele biochimice** (TFH – teste funcționale hepatice), care includ:
  • dozările de aminotransferaze (AT);
  • fosfataza alcalină (FA);
  • gama-glutamil transpeptidaza (GGT);
  • bilirubinemia totală şi fracțiuni;
  • serinemia;
  • gama-globulinemia.
– **Bilanțul hematologic**:
  • include o hemogramă completă şi evaluarea hemostazei, fiind un indicator fidel al funcției hepatice (TP = timpul de protrombină).
– **Teste speciale** pentru diagnosticul etiologic:
  • teste screening pentru markerii de infecție cu virusurile B, C etc., completate în caz de pozitivitate cu teste pentru stadiul de evoluție a infecției;
  • teste pentru diagnosticul etiopatogeniei autoimune (ANA, ASMA, anti-LKM1) sau speciale (ASGPR, pANCA);
  • dozări de ceruloplasmină, cupremie, cuprurie (b.Wilson);
  • dozări de feritină în hemocromatoză;
  • dozări de alfa-antitripsină în deficitul de alfa-antitripsină.
– **Diagnosticul histologic:**
  • teste invazive – puncția biopsie hepatică (PBH);
  • teste non-invazive (alternative) – testul FibroMax.
– **Alte examene:**
  • ecografia abdominală;
  • ecoendoscopie;
  • TC etc.

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
▪ **Purtătorii cronici inactivi** de virus B, C. ▪ **HC stabilizate** Fără semne clinico-biologice de activitate la cel puțin două examinări pe an	**Fără** deficiență funcțională	0-19%	Păstrată	**Nu se încadrează**
▪ **HC** Cu **semne minime** de activitate clinico-biologice ± tratament antiviral ▪ ± PBH care confirmă diagnosticul ▪ alternativ – test FibroMax	Deficiență funcțională **uşoară**	20-49%	Păstrată	**Nu se încadrează** Pot beneficia de concediu medical conform legii ± schimbarea locului de muncă
▪ **HC** Cu **semne moderate** de activitate clinico-biologice, cu perturbarea testelor de citoliză, cifrele nedepăşind de 5 ori valoarea normală ± eventual confirmate de PBH ▪ alternativ – test FibroMax	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	**Gradul III**
▪ **HC** Cu **evoluție severă**, cu teste de citoliză depăşind de 5 ori valorile normale ± gamaglobuline serice ce depăşesc 20 g/l sau > 30% ± hiposerinemie ± creşteri stabile ale bilirubinemiei > 2 mg/dl ± alungirea timpului de protrombină confirmată de PBH	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

De reținut:
- **Purtător cronic inactiv –** noțiune folosită când AgHBs este prezent la pacientul asimptomatic, cu funcție hepatică normală şi absența markerilor de replicare virală (AND, VHB, anti-HBC, IgM).
- **Factori de prognostic nefavorabil în HC:** hiposerinemia, alungirea timpului de protrombină, creşterea bilirubinemiei.
- Leziunile histologice hepatice (evaluate prin PBH sau testul FibroMax).

Ciroza hepatică (CH) este o boală hepatică difuză, caracterizată de asocierea fibrozei, nodulilor de regenerare şi a necrozei hepatocitare, cu alterarea arhitecturii hepatice.

Evaluarea gradului de activitate a CH se realizează prin examen clinic, biologic şi eventual morfopatologic. În general, puncția biopsie hepatică este rar indicată, din cauza rezultatelor fals negative sau a contraindicațiilor (ascită, tulburări de coagulare, trombocitopenie marcată).

CH inactivă (staționară) – transaminaze normale. Biologic, fără semne de insuficiență hepatică (albuminemie şi coagulare normale).

CH activă – transaminazele crescute, iar în cele de etiologie autoimună, semne inflamatorii evidente: VSH crescut, gamaglobulinemie crescută. Atunci când există, puncția hepatică arată infiltrat inflamator important.

Din punct de vedere evolutiv, cirozele hepatice pot fi **compensate** sau **decompensate**.

În CH compensate, pacienții sunt asimptomatici, iar biologic există modificări minime ale transaminazelor serice.

În CH decompensate, apar icterul, ascita, hemoragiile digestive, encefalopatia. Cel mai sensibil şi cel mai frecvent element de diferențiere între cirozele compensate şi cele decompensate este ascita.

Pentru evaluarea evolutivă este utilă clasificarea Child-Pugh.

Clasificarea Child-Pugh a cirozelor hepatice

Parametri	**Punctaj**		
	1	**2**	**3**
Ascita	absentă	moderată	sub tensiune
Encefalopatia portală	absentă	gradul I-II	gradul III-IV
Albumina serică (g%)	> 3,5	2,8-3,5	< 2,8
Bilirubina serică (mg%)	< 2	2-3	> 3
Timp de protrombină (secunde peste normal)	< 4	4-6	> 6

Clasele A = 5-6 puncte, B = 7-9 puncte, C = 10-15 puncte

Afecțiunea. Forma clinică	**Deficiența funcțională**	**Incapacitatea adaptativă**	**Capacitatea de muncă**	**Gradul de invaliditate**
CH compensată asimptomatică sau cu semne minime clinico-biologice. Clasa Child A (fără ascită)	Deficiență funcțională **uşoară**	20-49%	Păstrată	**Nu se încadrează**
CH decompensată vascular şi/sau parenchimatos Cu ascită uşor reductibilă în cantitate mică, eventual icter, dar fără hemoragii digestive, fără encefalopatie hepatică. Clasa Child B.	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	**Gradul III**
CH decompensată, cu ascită controlabilă, eventual peritonită bacteriană spontană, fără sângerări variceale. Clasa Child C. Encefalopatia hepatică gradul I-II, episodică, indusă de factori predispozanți identificabili. ± hiposerinemia 3-3,5 g/L ± bilirubinemia 2-3 mg/dl ± indice de protrombină 40-50% ± semne minime de encefalopatie ± semne de citoliză ± gamaglobuline ≥ 30%	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

▪ **CH decompensată – gravă** - cu hemoragii prin ruptură de varice esofagiene ± ascite greu de controlat ± semne de encefalopatie hepatică → comă ± hiposerinemie < 3 g/l ± bilirubinemie > 3 mg/dl ± indice de protrombină < 40%	Deficienţă funcţională **gravă**	90-100%	Capacitate de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**
▪ **CH complicată cu adenocarcinom**	Deficienţă funcţională **gravă**	90-100%	Capacitate de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

N.B. Factori de prognostic nefavorabil în CH:

– ficatul mic;
– vârsta înaintată;
– icterul;
– hipotensiunea arterială persistentă (valori sub 100 mmHg pentru sistolică);
– hemoragia;
– albuminemia sub 2,5 g/l;
– echimoze spontane;
– timp de protrombină prelungit;
– ascită greu/deloc controlabilă terapeutic;
– encefalopatie cu evoluţie spre comă.

CH complicată cu hepatocarcinom (prezenţa în ser de markeri specifici cu nivel semnificativ: α fetoproteina > 500 nanograme/ml ± anomalii ecografice demonstrative ± argumente histologice decisive).

Transplantul de ficat

Transplantul de ficat, cu sau fără îndepărtarea ficatului lezat al primitorului, apare ca ultimă resursă terapeutică în bolile hepatice terminale.

Transplantul auxiliar (heterotopic) conservă ficatul receptorului şi grefează un nou ficat, de regulă în regiunea paravertebrală dreaptă.

În **transplantul ortotopic** ficatul bolnav este extirpat, transplantul efectuându-se în locul acestuia.

Alternative ale transplantului ortotopic de ficat:
– transplantul de hepatocite izolate de la donor cadavru;
– folosirea de surse alternative pentru transplantul de hepatocite adulte primare: celule stem hepatice, măduvă osoasă, celule din cordonul ombilical şi hepatocite imortalizate, hepatoblaşti fetali, embrioni.

În **aprecierea capacităţii de muncă** la pacienţii cu transplant hepatic, se vor lua în considerare următoarele:

1. media supravieţuirii la 5 ani este de aproximativ 60%;
2. complicaţiile postoperatorii;
3. rejetul cronic;
4. reacţiile adverse ale medicaţiei imunosupresoare (hepatotoxicitate);
5. recurenţa bolii primare (hepatite cronice active autoimune, colangite sclerozante primare, colangiocarcinom, carcinom hepatocelular care recidivează după un an);
6. reinfecţia grefei VHB şi necesitatea retransplantului;
7. apariţia hepatitei colestatice fibrozante (creşterea marcată a bilirubinei şi scăderea protrombinei în discordanţă cu hipertransaminazemia mică, pe fondul unei insuficienţe hepatice rapid progresive);
8. dezvoltarea unor hepatite cronice active sau fulminante;
9. stări septicemice şi pancreatite (mai ales în hepatitele cu virus B);
10. recurenţa infecţiei cu virus C.

În primul an de intervenție, precum şi în cazul prezenței uneia dintre complicațiile de mai sus, pacientul cu transplant hepatic are **capacitatea de autoservire pierdută, deficiență funcțională gravă, I.A. = 90-100%.**

Dacă evoluția este favorabilă după un an de la transplant, dar şi în funcție de starea clinico-biologică, pacientul cu transplant hepatic poate avea:

- **deficiență funcțională accentuată** I.A. = 70-89%;
- **capacitatea de muncă pierdută în totalitate sau deficiență funcțională medie,** I.A. = 50-69%;
- **capacitatea de muncă cel puțin jumătate pierdută**, **în raport de pregătirea profesională şi solicitările de la locul de muncă.**

BOLILE PANCREASULUI

Intră în discuție pancreatitele cronice severe, cancerul pancreatic, precum şi rezecțiile pancreatico-duodenale (pentru neoplazii sau alte cauze) cu insuficiență pancreatică gravă.

Diagnosticul pozitiv al insuficienței pancreatice cronice exocrine

Clinic: diaree, steatoree, scădere ponderală, disconfort abdominal, dureri abdominale de intensitate variabilă;

– semne clinice ale malabsorbției de vitamine liposolubile A, D, E, K.

Biologic: testul cu secretină – CCK (dificil, invaziv, accesibilitate limitată)

– elastaza I fecală:

i. < 100 mcg/g → insuficiență severă;

ii. > 200 mcg/g → normal;

iii. 100-200 mcg/g → sugestiv pentru insufucienţa pancreatică, dacă există şi alte criterii;

– stimulare secretină la MRCP – pentru forme de PC uşoară.

Diagnosticul pozitiv al insuficienței pancreatice endocrine

Biologic: TTGO, glicemie

Teste speciale:

- **Imagistic** – ultrasonografie, CT, RMN, ERCP, ecoendoscopie (EUS);
  - anomalii ductale – calcificări, dilatații, stenoze;
  - anomalii parenchim – calcificări, pseudochisturi;
  - complicații – stenoze duoden, stenoze CBP, pseudoanevrisme, tromboze;
  - utile în suspiciunea de neoplazie – inclusiv puncția cu ac fin FNB;
  - tumori.
- **Histologic** – din biopsii EUS sau chirurgicale: distrucția acinilor, dilatarea ductelor, fibroza, infiltrate inflamatorii.

Afecțiunea Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Pancreatită cronică uşoară şi moderată, fără diaree, fără diabet, durere controlabilă	Deficiență funcțională **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
Pancreatită cronică moderat-severă cu sindrom diareic moderat, fără scădere ponderală semnificativă, cu durere controlabilă	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	**Gradul III**
Pancreatită cronică severă cu diaree gravă şi denutriție severă, dureri persistente rezistente la tratamentul medicamentos. Pacienți cu duodeno-pancreatectomie, cu diaree controlabilă	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută	**Gradul II**

BOLILE INTESTINULUI

a) Boala celiacă a adultului (enteropatia glutemică)

Criterii de diagnostic (clinice şi paraclinice):

– diaree cronică cu steatoree macroscopică;

– răspuns favorabil la regimul fără gluten;

– semne de malabsorbție globală (pierdere ponderală, hipocalcemie, hiposideremie, hipopotasemie);

– biopsie jejunală caracteristică (atrofie jejunală).

Pentru diagnostic este necesară evidențierea răspunsului favorabil la regimul fără gluten şi un semn clinic.

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Boala celiacă a adultului – ***formă uşoară*** Bolnavii care prezintă diaree intermitentă cu steatoree macroscopică, cu răspuns favorabil la regimul de gluten, fără tulburări de nutriție sau cu un deficit ponderal uşor	**Fără** deficiență funcțională	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
Idem sub aspectul manifestărilor (diagnostic pus pe baza biopsiei jejunale caracteristice: atrofie jejunală cu semne de malabsorbție, mal-asimilație (pierdere ponderală între 15-20% din greutate), hipocalcemie, hiposideremie, hipopotasemie – uşoare, precum şi bolnavii cu pusee diareice frecvente (1-2 ori/ lună) cu semne de malasimilație (hipopotasemie, hiposideremie, hipocalcemie – medii), reversibile la tratament şi malasorbție (deficit ponderal uşor)	Deficiență funcțională **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
Boala celiacă a adultului – ***formă medie*** Bolnavii care prezintă: – diaree cronică cu steatoree macroscopică; – răspuns favorabil la tratament şi regim fără gluten; – sindrom de malabsorbție globală cu pierdere ponderală medie; – sindrom de malasimilație selectivă (hipopotasemie, hiposideremie, hipocalcemie – medii).	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
Boala celiacă a adultului – ***formă accentuată*** Pacienții care prezintă manifestările de mai sus, dar de intensitate mai mare şi cu răsunet evident nutritiv (deficit ponderal), hipocalcemie, hiposideremie, hipopotasemie, evidente şi persistente la măsurile de recuperare.	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

b) Enterita regională (boala Crohn – BC)

Boala Crohn (BC) reprezintă o afecțiune cronică cu etiologie necunoscută şi patogeneză incomplet elucidată, în care procesul inflamator interesează transmural oricare segment al tubului digestiv, în asociere cu variate complicații intestinale şi manifestări extraintestinale.

Cele două metode majore de diagnostic sunt:

1. examenul radiologic cu substanță de contrast;
2. endoscopia digestivă.

Diagnosticul pozitiv: diagnosticul complet al BC trebuie să cuprindă: localizarea, severitatea puseului inflamator, forma clinico-evolutivă, tipul de complicație.

Pentru aprecierea severității inflamației intestinale se utilizează, de regulă, scoruri semicantitative, cel mai cunoscut fiind *Crohn's Disease Activity Index (CDAI)*, ce cuantifică 8 variabile: numărul de scaune lichidiene sau moi, durerea abdominală, starea generală, numărul complicațiilor (artrite, uveite, eritem nodos sau stomatită aftoasă, fisuri sau abcese anale, fistule, febră), utilizarea opiaceelor antidiareice, prezența maselor abdominale, hematocritul şi procentul deviației greutății corporale față de standard.

– CDAI sub 150 → remisiunea bolii;
– CDAI între 200-450 → activare moderată a bolii;
– CDAI peste 450 → boală cu activare severă.

În practică, se utilizează o încadrare simplificată a bolii în raport cu severitatea, în 3 forme:

1) Formele uşoare (blânde-moderate): cel mult 4 scaune/zi, durere abdominală minimă sau absentă, fără mase abdominale palpabile, fără semne de iritație peritoneală sau obstrucție intestinală, fără febră, fără semne de deshidratare şi toxicitate sistemică, fără complicații, fără anemie, greutate normală, pacienți cu toleranță orală conservată, care pot fi tratați cu succes în regim ambulatoriu.

2) Formele moderate: 4-6 scaune/zi, dureri abdominale de intensitate moderată, greață, vărsături, febră, complicații, scădere ponderală, anemie sau pacienți cu forme blânde, care nu au răspuns la terapia corespunzătoare.
3) Formele severe: peste 6 scaune/zi, dureri abdominale severe, mase abdominale palpabile, anemie, scădere ponderală, pacienți cu manifestări persistente, în pofida tratamentului cu corticosteroizi, sau cu simptome severe ca: deshidratare, febră, frisoane, tahicardie, semne de iritație peritoneală sau obstrucție intestinală, caşexie, sepsis.
4) Remisiunea: pacienții asimptomatici sau fără sechele inflamatorii în urma intervențiilor medicamentoase sau a rezecțiilor chirurgicale.

Diagnosticul clinic se precizează prin examen clinic, radiologic cu substanță de control şi endoscopie digestivă.

Diagnosticul funcțional se stabileşte în funcție de intensitatea simptomatologiei, a anemiei şi în funcție de deficitul ponderal.

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Boală Crohn *uşoară* 1) BC în remisiune 2) BC formă uşoară	Deficiență funcțională **uşoară**	20-49%	Păstrată	**Nu se încadrează**
Boală Crohn *moderată* 1) BC formă moderată cu deficit ponderal mediu	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
2) BC formă moderată, cu deficit ponderal mediu, anemie (Hb 8-10 g/dl), cu răspuns parțial la tratament				
Boală Crohn *severă* 1) BC formă severă, cu sindrom de malabsorbție, anemie (Hb < 8 g/dl), deficit ponderal < 16 kg/m^2.	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
2) BC cu complicații: – enterale (fistule, stenoze) – sistemice (oculare, articulare, hepatice)				
3) BC cu rezecții intestinale şi ileostomie				

c) Rectocolita ulcero-hemoragică (RCUH)

Cele două metode majore de diagnostic sunt examenul radiologic cu substanță de contrast şi endoscopia digestivă.

Diagnosticul pozitiv: diagnosticul clinic complet trebuie să cuprindă – forma clinică evolutivă, severitatea puseului de activitate, extensia bolii, complicațiile sistemice (când există).

Clasificarea puseelor de activitate clinică (după Truelove şi Witts)

1) Forma clinică uşoară (minimă)
- paucisimptomatică: diaree blândă (< 4 scaune/zi, în cantitate mică, cu câteva glere şi sânge inconstant), fără febră, tahicardie, stare generală bună;
- tuşeul rectal nesemnificativ;
- fără sau cu uşoară anemie (Hb > 9 g/dl – VSH < 30 ml/1h).
- imagine radiologică necaracteristică.

Endoscopia indică modificări minime, localizate la o porțiune a rectului sau a sigmoidului terminal: mucoasă congestionată, strălucitoare, uşor edemațiată, fragilă, uşor sângerândă.

2) Forma moderată (medie, mijlocie)
- diaree (4-6 scaune/zi, păstoase, glero-sanguinolente, uneori emisiuni afecale şi tenesme rectale), subfebrilitate, inapetentă, grețuri, dureri abdominale şi rectale, astenie discretă, stare generală bună (alteori manifestări generale mai severe: febră mare, stare toxică, anemie intensă);
- tuşeul rectal indică o creştere a tonusului sfincterului anal, iar pe vârful degetului se recoltează sânge, mucus şi eventual puroi, anemie (Hb – 7,5-9 g/dl);
- radiologic: tablou complet de RCUH formă ulcero-proliferativă;
- endoscopia: congestia mucoasei, edem accentuat şi ulcerații acoperite de membrane pultacee şi polipi inflamatorii, secrеții muco-sanguino-purulente. Se pot ivi şi complicații.

3) Forma severă (gravă)
- diaree severă (> 6 scaune/zi cu sânge în amestec), până la diaree profuză (30-40 scaune/zi, diaree afecală alcătuită din glere, puroi şi sânge cu importantă deperdiție hidroelectrolitică şi proteică consecutivă);
- febră > 37,5°, minimum 2 din 4 zile; tahicardie sinusală > 90 b./min., abdomen meteorizat, sensibil, sindrom toxiinfecțios (stare generală profund alterată, stare de prostație, astenie, febră mare, tahicardie, edeme declive), anemie severă (Hb < 7,5 g/dl) şi hiperleucocitoză cu neutrofilie şi deviere la stânga a firului, VSH > 30 mm/h;
- radiologic – distensia colonului (irigografia este periculoasă din cauza fragilității peretelui intestinal).

Diagnosticul clinic se precizează prin examen clinic, radiologic cu substanțe de contrast şi cu endoscopie digestivă.

Diagnosticul funcțional se stabileşte în funcție de intensitatea simptomatologiei, de anemie şi de deficitul ponderal.

Afecțiunea. Forma clinică	**Deficiența funcțională**	**Incapacitatea adaptativă**	**Capacitatea de muncă**	**Gradul de invaliditate**
Rectocolita ulcero-hemoragică – RCUH ***formă regresivă***, bolnavi cu un singur puseu de activitate în antecedente, de intensitate uşoară sau medie, cu răspuns prompt la tratamentul aplicat,urmat de o perioadă de remisiune completă şi durabilă de cel puțin 1 an	**Fără** deficiență funcțională	0 -19%	Păstrată	Nu se încadrează
Rectocolita ulcero-hemoragică – *forma clinică uşoară* – RCUH ***formă recurentă, cu pusee rare*** (1-2/an), de intensitate uşoară sau medie, cu remisiune completă	Deficiență funcțională **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează

Rectocolita ulcero-hemoragică – ***forma medie, mijlocie)*** 1) ***RCUH formă recurentă***, cu pusee rare (1-2/an), de intensitate medie sau gravă (atestate prin documente medicale), tratată cu salazopirină şi eventual prednison în doze mici, cu deficit ponderal mediu şi anemie (Hb = 8-10 g/dl) 2) ***RCUH formă cronică*** cu evoluţie continuă sub tratament cu salazopirină şi eventual prednison în doze mici, cu sindrom diareic şi dureros moderat, deficit ponderal mediu şi anemie (Hb = 8-10 g/dl)	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
Rectocolita ulcero-hemoragică – ***forma severă (gravă)*** 1) ***RCUH formă recurentă cu episoade acute frecvente*** (peste 27/an), de intensitate severă, care au necesitat internare într-o secţie de reanimare, cu perioada de remisiune cu durată mai mică de 6 luni, incompletă, care necesită corticoterapie continuă 2) ***RCUH cu complicaţii sistemice*** 3) ***RCUH în primele 6-12 luni după o intervenţie chirurgicală de amploare*** (colectomie totală cu anastomoză ileo-cecală sau ileo-anală) 4) ***RCUH cronică cu agravare progresivă, fără remisiuni*** 5) ***RCUH cu ileostomie sau sigmoidostomie definitivă***	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

d) Rezecţii intestinale posttraumatisme abdominale, pentru tumori benigne, maligne şi alte cauze

Afecţiunea. Forma clinică	Deficienţa funcţională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Rezecţie de intestin subţire cu simptomatologie uşoară, anemie uşoară, deficit ponderal	**Fără** deficienţă funcţională	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
Rezecţii de intestin subţire – sindrom intestin scurt, cu dureri abdominale, diaree sau/şi fenomene subocluzive din cauza perivisceritei, malasimilaţie cu denutriţie medie (deficit ponderal mediu)	Deficienţă funcţională **medie**	50-60%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
Rezecţie de intestin subţire cu dereglări severe: malabsorbţie, malasimilaţie, cu deficit ponderal sever; anemie severă (< 8g/dl), manifestări ameliorate parţial la tratament. Bolnavii cu fistule pararectale, fistule anorectale, cu incontinenţă de materii fecale, stare septică, denutriţie progresivă, amendate sau ameliorate după tratamentul chirurgical	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II** Contraindicaţie pentru orice activitate profesională
Pacienţii cu rezecţii de colon pentru tumori maligne, cu anus iliac, *sigma anus* sau *anus contra lateralis* şi cei cu agravare progresivă, anemie severă, stare de caşexie	Deficienţă funcţională **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

EVENTRAȚIILE

Eventrația reprezintă hernierea unei părți a conținutului abdominal printr-un orificiu, care se creează într-o zonă slabă a unei cicatrici postoperatorii sau posttraumatice.

Afecțiunea. Forma clinică	**Deficiența funcțională**	**Incapacitatea adaptativă**	**Capacitatea de muncă**	**Gradul de invaliditate**
Eventrații – neoperate sau operate și recidivate, cu posibilități de reintervenție	Deficiență funcțională **ușoară**	20-49%	Păstrată	**Nu se încadrează** Pot beneficia de concediu medical conform legii ± schimbarea locului de muncă ± program redus
– operate multiplu, recidivate, fără posibilitate de a se interveni chirurgical în prezent; – ± tulburări de tranzit	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	**Gradul III**

4. AFECȚIUNI RENALE

BOLILE GLOMERULARE (Glomerulonefritele)

Glomerulonefrite acute

Glomerulonefritele acute evoluează cel mai frecvent spre vindecare (uneori până la 2-3 ani). Vindecarea nu poate fi afirmată decât după 1-2 ani (uneori până la 2-3 ani). Există forme clinice recidivante, cu tendință la cronicizare.

Evaluarea periodică, respectiv revizuirea la termen a bolnavilor cu glomerulonefrită acută, cuprinde:

1. examenul clinic: edeme, curba ponderală, presiunea arterială, diureza;
2. explorarea funcțională a rinichiului:
– examen sumar de urină;
– sediment urinar cantitativ (Stansfeld-Webb, Addis-Hamburger);
– examen de urină din 24 de ore (densitate şi osmolaritate, proteinurie, albuminurie, uree, creatinină, sodiu, potasiu);
– clearance-ul creatininei şi al ureei endogene;
– creatinină şi uree serică;
3. explorarea imagistică renală (ecografie);
4. explorarea imunologică:
– complement seric (total, C3);
– crioglobulinemie;
– titru ASLO;
– probe de inflamație (VSH, fibrinemie).

Diagnostic funcțional

Aprecierea deficienței funcționale şi a incapacității adaptative trebuie realizată după expirarea perioadei legale de concediu medical, conform *tabelului I*.

Tabelul I. Criteriile de apreciere a gradului de invaliditate în glomerulonefritele acute

Forma clinică de glomerulonefrită acută	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Uşoară – simptomatologie ştearsă – evoluție peste 3 luni – tendință la cronicizare (uneori)	Uşoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate (eventual schimbarea locului de muncă)
Medie – tablou clinic moderat – proteinurie şi hematurie persistente – hipertensiune arterială	Medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**III**
Gravă – tablou clinic complet – simptomatologie intensă Evoluție spre IRC: – lentă cu perioade de remisiune – accelerată	Accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	**II**

Forma clinică de glomerulonefrită acută	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
În formele care au evoluat spre IRC, deficiența funcțională, incapacitatea adaptativă şi capacitatea de muncă sunt stabilite conform criteriilor pentru IRC.	Variabil în funcție de stadiul IRC	Variabil în funcție de stadiul IRC	Variabil în funcție de stadiul IRC	Variabil în funcție de stadiul IRC

Glomerulonefrite subacute (rapid progresive)

Sunt afecțiuni severe care, în absența tratamentului, evoluează invariabil către insuficiență renală terminală şi deces în 6-24 de luni.

Din cauza tratamentului imunosupresor agresiv, asociat cu plasmafereză şi metode de substituție a funcțiilor renale, sunt posibile remisiuni de durată. Alteori, supraviețuirea este posibilă cu ajutorul mijloacelor de substituție a funcțiilor renale.

Evaluarea periodică a bolnavilor este asemănătoare celei prezentate pentru glomerulonefritele acute, cu particularizarea probelor imunologice în funcție de contextul etiologic. În plus, sunt indicate investigații biologice pentru urmărirea toxicității potențiale a medicației imunosupresoare (hemogramă, transaminaze serice) şi analizele periodice adecvate gradului insuficienței renale.

Diagnostic funcțional

Bolnavii cu glomerulonefrită subacută au deficiență funcțională accentuată, cu incapacitate adaptativă de 70-89%, capacitate de muncă pierdută în totalitate şi gradul II de invaliditate. În funcție de răspunsul la tratament, aprecierea ulterioară a deficienței funcționale depinde de tendința evolutivă a bolii:

- pentru formele cu evoluție spre insuficiență renală cronică persistentă, vor fi aplicate criteriile stabilite pentru această afecțiune;
- pentru formele cu evoluție favorabilă spre remisiune, vor fi aplicate criteriile menționate la glomerulonefritele acute, ținându-se cont şi de solicitările locului de muncă.

Glomerulonefrite cronice

Manifestările clinice sunt variabile şi constau în: sindrom nefritic cronic, sindrom nefrotic, HTA renoparenchimatoasă, insuficiență renală cronică şi anomalii urinare asimptomatice.

Evaluarea periodică trebuie să cuprindă:

- examen sumar de urină;
- sediment urinar cantitativ;
- examenul urinei din 24 de ore (proteinurie, albuminurie, uree, creatinină);
- uree şi creatinină serică;
- estimarea filtrării glomerulare (clearance-ul creatininei şi al ureei endogene, formula Cokcroft-Gault sau ecuația MDRD);
- bilanț hidroelectrolitic şi acidobazic (sodiu, potasiu, bicarbonat în ser);
- explorare imagistică renală (ecografie).

Diagnostic funcțional

Aprecierea deficienței funcționale şi a incapacității adaptative la bolnavii cu glomerulonefrite cronice depinde, în primul rând, de asocierea insuficienței renale cronice. În cazul prezenței acesteia, vor fi aplicate criteriile stabilite pentru IRC.

Pentru cazurile care prezintă sindrom nefrotic, vor fi aplicate criteriile adecvate acestuia.

Diagnosticul funcțional depinde, de asemenea, de:

- etiologie (în formele secundare);
- comorbidități (hipertensiune arterială, boli cardiovasculare, hiperparatiroidism secundar).

Glomerulonefrite cronice fără declinul funcției renale (rată de filtrare glomerulară peste 60 mL/min/1,73 m^2), cu proteinurie subnefrotică şi fără hipertensiune arterială, nu determină invaliditate. În funcție de solicitările specifice locului de muncă, poate fi indicată schimbarea acestuia.

Sindrom nefrotic

Evaluarea funcțională a pacientului cu sindrom nefrotic trebuie să țină seama de contextul clinic în care acesta a apărut, de potențialul evolutiv spre insuficiență renală cronică, de severitatea tabloului clinico-biologic şi de asocierea complicațiilor (altele decât IRC):

- complicații cardiovasculare (hipertensiune arterială, insuficiență cardiacă prin hipervolemie);
- tromboze venoase şi arteriale;
- complicații infecțioase;
- complicații metabolice;
- complicații ale terapiei (corticoizi, imunosupresoare).

Elementele de apreciere a evoluției sunt:

1. Examenul clinic: curba ponderală, sindromul edematos, presiunea arterială, manifestările cardio-vasculare (dispnee, raluri de stază pulmonară), manifestările insuficienței renale;

2. Explorări de laborator:

- examenul sumar de urină;
- sediment urinar cantitativ (Stansfeld-Webb, Addis-Hamburger);
- proteinuria/24 de ore;
- proteinemie, albuminemie şi electroforeza proteinelor serice;
- colesterolemia şi trigliceridemia;
- sindromul biologic inflamator (VSH, fibrinogen);
- ureea şi creatinina serică;
- estimarea filtrării glomerulare (clearance-ul creatininei şi al ureei endogene, formule de calcul: Cockroft-Gault sau MDRD);
- explorări adecvate diferitelor complicații asociate.

Diagnostic funcțional

La bolnavii cu proteinurie nefrotică şi/sau complicații ale sindromului nefrotic, deficiența funcțională este accentuată, incapacitatea adaptativă este de 70-89%, capacitatea de muncă este în totalitate pierdută – gradul II de invaliditate**.**

După instalarea insuficienței renale cronice, deficiența funcțională, incapacitatea şi invaliditatea sunt apreciate conform criteriilor stabilite pentru aceasta.

În perioadele de remisiune persistentă a sindromului nefrotic (proteinurie sub 1g/zi de cel puțin 6 luni) şi în absența complicațiilor, deficiența funcțională este medie, incapacitatea adaptativă este de 50-69%, capacitatea de muncă este pierdută cel puțin jumătate – gradul III. Poate fi prestată o activitate profesională cu program redus, dar trebuie evitat efortul fizic mare, turele prelungite şi de noapte, cât şi expunerea la condiții de mediu extreme.

NEFROPATII TUBULOINTERSTIȚIALE CRONICE

Diagnostic funcțional

Bolnavii cu nefropatii tubulointerstițiale obstructive sau de cauză medicală beneficiază de concediu medical conform legii. După expirarea acestei perioade, bolnavii **pot prezenta invaliditate** numai dacă există afectarea funcției renale sau co-morbidități. În acest caz, deficiența funcțională şi incapacitatea adaptativă sunt apreciate conform criteriilor stabilite pentru insuficiența renală cronică, respectiv pentru patologia asociată.

TUBERCULOZA RENO-URINARĂ

Tuberculoza urinară este întotdeauna secundară unui focar de primoinfecție cel mai adesea pulmonar, mai rar osos, pleural sau ganglionar. Între manifestările clinice ale focarului primar şi cele ale localizării secundare renale, există o perioadă de latență variabilă între o lună şi 30 de ani.

Diagnostic funcțional

1. Cazurile confirmate de tuberculoză renourinară beneficiază de concediu medical conform legii.

2. După expirarea perioadei de concediu medical:
- *dacă evoluția este nefavorabilă* şi criteriile de vindecare parțial îndeplinite, se consideră deficiență funcțională accentuată, cu incapacitate adaptativă 70-89%, capacitate de muncă pierdută în totalitate – gradul II de invaliditate;
- *dacă evoluția este favorabilă* şi sunt îndeplinite criteriile de vindecare, se consideră deficiență funcțională medie, cu incapacitate 50-69%, capacitate de muncă cel puțin jumătate pierdută – gradul II de invaliditate. În funcție de solicitările energetice şi de condițiile ambientale ale locului de muncă, bolnavul poate lucra cu program redus, fie pe locul de muncă anterior, fie pe un alt loc de muncă (cu indicație pentru afecțiunile renale).

3. În cazul reluării activității cu program redus, bolnavul este urmărit o perioadă de 6-12 luni. Dacă în această perioadă boala este stabilizată şi nu sunt semne de afectare a funcției renale, nu există reactivări şi adaptarea la locul de muncă este corespunzătoare, se poate trece la programul normal de activitate (deficiență uşoară cu incapacitate adaptativă de 20-49%, capacitate de muncă păstrată).

RINICHIUL UNIC CHIRURGICAL/ FUNCȚIONAL

În aprecierea incapacității adaptative (a deficienței funcționale – gradului de invaliditate) a pacienților cu rinichi unic chirurgical, se va ține seama de următoarele:
- un singur rinichi este capabil să asigure toate funcțiile secretorii, homeostatice şi endocrine ale unui adult activ în condiții normale;
- adaptarea compensatorie renală în urma nefrectomiei unilaterale este rapidă: 80% în primele 15 zile, 90% în primele 3 luni şi 94% în primul an; rămâne un deficit funcțional permanent de aproximativ 6%.

În cazul în care nu sunt deja pensionari de invaliditate, pacienții nefrectomizați beneficiază de concediu medical conform legii. Incapacitatea adaptativă (deficiența funcțională) se apreciază în funcție de situația rinichiului restant (*tabelul II*). După instalarea insuficienței renale cronice, incapacitatea se stabileşte conform criteriilor de la capitolul respectiv.

Tabelul II. Criterii de apreciere a gradului de invaliditate la bolnavii cu rinichi unic chirurgical

Patologia rinichiului restant/asociată	**Deficiența funcțională**	**Incapacitatea adaptativă**	**Capacitatea de muncă**	**Gradul de invaliditate**
Absentă, funcție normală	Uşoară	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
– litiază asimptomatică sau cu simptomatologie minoră – comorbidități: obezitate, HTA – IRC compensată	Medie	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**III**
– pielonefrită cronică – litiază cu colici frecvente – tuberculoza rinichiului restant – stenoze ale căilor urinare inferioare – IRC decompensată	Accentuată	70-89%	Pierdută în totalitate	**II**

MALFORMAȚIILE RENALE

Malformațiile aparatului renourinar sunt alterări ale formei, poziției şi structurii parenchimului renal şi/sau ale căilor urinare, produse în timpul vieții intrauterine de factori variați (genetici, toxici, infecțioşi sau factori de mediu). Acestea pot deveni manifeste în funcție de severitatea alterărilor structurale şi funcționale şi de complicațiile care le însoțesc.

Stabilirea incapacității (deficienței funcționale) se face după criteriile menționate pentru:
- insuficiența renală cronică;
- hipertensiunea arterială.

INSUFICIENȚA RENALĂ CRONICĂ

Insuficiența renală cronică (IRC) este un sindrom cronic progresiv, având o evoluție stadială progresivă către exitus, în ani de zile. IRC reprezintă expresia funcțională a diferitelor tipuri de boli cronice ale rinichiului. IRC presupune existența de leziuni în ambii rinichi sau într-un singur rinichi, când acesta este unic. Prezența de leziuni într-un singur rinichi, celălalt fiind sănătos, exclude apariția IRC, rinichiul sănătos compensând funcțiile pierdute ale rinichiului lezat.

Boala cronică de rinichi (BCR) este un concept clinico-epidemiologic care permite clasificarea stadială a nivelului de afectare globală a funcției renale, evaluată prin rata de filtrare glomerulară estimată prin măsurarea clearence-ului creatininei endogene sau, indirect, prin ecuații de predicție (Cockroft-Gault, MDRD), fără a înlocui diagnosticul entității anatomo-clinice de afecțiune renală. Boala cronică de rinichi poate fi afirmată dacă:

1. rata de filtrare glomerulară este sub 60 mL/min/1,73 m^2 persistent peste 3 luni;
2. există indicatori de afectare a rinichiului persistenți peste 3 luni, cu filtrare glomerulară peste 60 mL/min/1,73 m^2.

Indicatorii de afectare a rinichiului sunt unul sau mai mulți dintre următorii:

– anomalii ale examenelor de urină: proteinurie, albuminurie, hematurie, leucociturie, cilindrurie;
– anomalii ale probelor sanguine: dezechilibru hidroelectrolitic, acidobazic;
– anomalii imagistice ale rinichilor;
– anomalii ale aspectului histologic renal (la biopsia renală).

Diagnostic funcțional

Deficiența funcțională şi încadrarea în grade de invaliditate a bolnavilor cu boală cronică de rinichi depinde de stadiul evolutiv al acesteia (*tabelul III*).

Tabelul III. Invaliditatea determinată de boala cronică de rinichi

Stadiul BCR	Caracteristici	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Stadiile 1 şi 2	Afectarea rinichiului cu RFG > 60 mL/min	**Absentă***	1-19%*	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
		Uşoară*	20-49%*	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate (eventual, schimbarea locului de muncă)
Stadiul 3	RFG = 30-59 mL/min	**Uşoară***	20-49%*	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate (eventual, schimbarea locului de muncă)
		Medie*	50-69%*	Pierdută cel puțin jumătate	**III**
Stadiul 4	RFG = 15-29 mL/min	**Medie***	50-69%*	Pierdută cel puțin jumătate	**III**
		Accentuată*	70-89%*	Pierdută în totalitate	**II**
Stadiul 5	RFG < 15 mL/min sau dializă	**Accentuată***	70-89%*	Pierdută în totalitate	**II**
		Gravă*	90-100%*	Capacitatea de autoservire poate fi pierdută în totalitate*	**I**

RFG – rată de filtrare glomerulară; * funcție de simptomatologia clinică şi de patologia asociată.

Rata de filtrare glomerulară poate fi estimată prin formula Cockroft-Gault:

$$CLcr(mL/min) = \frac{[140 - \text{vârsta (ani)}] \times G\ (kg)}{72 \times Scr(mg/dL)} \times 0{,}85 \text{ (dacă subiectul este femeie)}$$

IRC în stadiul de uremie depăşită prin mijloace de epurare extrarenală (hemodializă, hemodiafiltrare, dializă peritoneală continuă, ambulatorie sau automată)

Diagnostic funcțional

Evaluarea clinico-funcțională a bolnavului cu insuficiență renală cronică tratată prin mijloace de epurare extrarenală va ține seama de următorii factori:

- statusul funcțional renal;
- stadiul evolutiv al bolii renale sau al bolii generale cu atingere renală care a dus la insuficiență renală cronică;
- prezența patologiei induse de hemodializă sau de dializă peritoneală;
- profilul psihointelectual al pacientului;
- nivelul responsabilităților sociale şi familiale ale bolnavului;
- motivația pentru muncă a deficientului şi atitudinea familiei față de caz;
- resursele tehnice şi financiare existente.

Toți bolnavii cu IRC tratați prin metode de epurare extrarenală au funcția renală grav afectată, cu o rată de filtrare a rinichilor nativi sub 5 mL/min. Există o anemie renală severă (în absența tratamentului concomitent cu eritropoietină umană), iar hiperparatiroidismul secundar se agravează progresiv. Există elemente clinice şi paraclinice ale comorbidităților. Principalele comorbidități asociate insuficienței renale cronice în stadiul terminal (sub tratament prin epurare extrarenală) sunt enumerate în *tabelul IV*.

Tabelul IV. Comorbidități ale insuficienței renale cronice în stadiul terminal

I. Manifestări cardiovasculare	**VI. Manifestări endocrino-metabolice**
– hipertensiune arterială	– hiperparatiroidism secundar
– hipotensiune arterială	– osteodistrofie renală
– pericardită uremică	– calcificări extraosoase
– cardiomiopatie uremică	– malnutriție
– aritmii	**VIII. Anomalii hidroelectrolitice şi acidobazice**
– arterioscleroză accelerată	– hiperpotasemie (rar, hipopotasemie)
– insuficiența cardiacă	– hiponatremie/hipernatremie
II. Manifestări respiratorii	– alterări ale izohidriei:
– plămân uremic	– mai frecvent, deshidratare extracelulară
III. Manifestări gastrointestinale	– hiperhidratare
– gastrită	– hipocalcemie (cu hipocalciurie)
– enterocolită	– hiperfosfatemie
– sângerări digestive	– acidoză metabolică
IV. Manifestări hematologice	**VII. Patologie indusă de metodele de epurare extrarenală**
– anemie	– sindrom de dezechilibru osmotic
– disfuncții leucocitare (disfuncție imunitară)	– complicații ale căii de abord vascular (cateter/fistulă)
– diateze hemoragipare	– complicații infecțioase/inflamatorii ale dializei peritoneale (peritonită acută, peritonită sclerozantă)
V. Manifestări neurologice	
– encefalopatie uremică	– complicații mecanice ale dializei peritoneale (scurgeri de dializant, hernii, ileus, hemoragii de perete abdominal)
– polineuropatie periferică senzitivo-motorie	– amiloidoză beta 2-microglobulinică

În funcție de starea clinică generală a bolnavului şi de asocierile comorbide, este propusă următoarea încadrare în grade de invaliditate (*tabelul V*).

Tabelul V. Încadrarea în grade de invaliditate la bolnavii cu IRC trataţi prin metode de epurare extrarenală

Starea clinică	Patologia indusă de HD sau DP	Deficienţa funcţională**	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invalidiate
Stabilizată*	Absentă	**Uşoară****	20-49%**	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate (schimbarea locului de muncă) ***
		Medie**	50-69%**	Pierdută cel puţin jumătate	**IIII*****
Perioade de alterare evidenţiate clinic şi/sau funcţional	Eventual	**Medie**	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**IIII*****
Alterare progresivă	Prezentă	**Accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**II**
Grav alterată	Prezentă	**Gravă**	90-100%	Pierdută în totalitate cu I.A.P.	**I**

∗ Stare generală stabilizată:
– **criterii clinice:**
  • apetit bun;
  • stare de nutriţie bună;
  • tensiune arterială normală (controlată terapeutic);
  • absenţa comorbidităţilor manifeste clinic: polinevrită senzitivo-motorie, osteoartropatie renală, boală vasculară aterosclerotică (coronariană, cerebrală, vasculară), hipotensiune arterială, malnutriţie;
– **criterii paraclinice (funcţionale):**
  • asigurarea unei echivalenţe de filtrare glomerulară de ~ 20 mL/min (calculată ca sumă a funcţiei renale reziduale – clearance-ul renal echivalent al ureei şi clearance-ul dialitic săptămânal al ureei – Kt/V);
  • uree sanguină < 150mg/dL şi creatininemie < 8mg/dL;
  • potasemie < 5mEq/L;
  • bicarbonat seric > 20mEq/L;
  • creşterea sau menţinerea constantă a hemoglobinei la valori > 10g/dL.

** În funcţie de **toleranţa clinică individuală**. La evaluarea deficienţei funcţionale vor fi luate în considerare şi celelalte comorbidităţi (de exemplu, insuficienţa cardiacă, polinevrita, malnutriţia).

*** **Activitate profesională permisă:**
– solicitare energetică profesională redusă;
– poziţie şezândă;
– condiţii favorabile de microclimat (noxe, umiditate, curenţi de aer, trepidaţii etc.);
– program de muncă corespunzător (excluderea muncii în ture şi a activităţilor secundare şi ocazionale).

Trebuie luate în considerare şi elemente tehnice precum:
– tipul dializei;
– în cazul hemodializei: număr de şedinţe/săptămână, durata şedinţelor;
– accesibilitatea centrului de dializă.

IRC în stadiul de uremie depăşită prin transplant renal

Diagnostic funcţional

Aprecierea deficienţei funcţionale şi a incapacităţii adaptative în vederea încadrării în grade de invaliditate posttransplant renal va ţine seama de:
– gradul de restabilire a funcţiei renale;
– evoluţia postoperatorie;
– existenţa complicaţiilor şi a comorbidităţilor;
– toxicitatea tratamentului imunosupresor.

Bolnavii cu evoluţie postoperatorie favorabilă, în primele 6-12 luni după transplant, au deficienţă funcţională accentuată, cu incapacitate adaptativă de 70-89% şi capacitate de muncă pierdută în totalitate.

Dacă evoluţia ulterioară este bună (grefă renală funcţională care asigură menţinerea în limite normale a produşilor de retenţie azotată în ser, absenţa comorbidităţilor manifeste clinic, absenţa complicaţiilor terapiei imunosupresoare), bolnavul îşi poate relua activitatea în condiţii corespunzătoare de muncă, cu program redus – deficienţă funcţională medie, incapacitate adaptativă 50-69%, capacitate de muncă pe jumătate pierdută.

În cazul în care reluarea activității profesionale este posibilă, se va ține seama de:
- solicitările specifice locului de muncă;
- profilul psihologic şi situația familială a deficientului;
- motivația pentru muncă a deficientului.

Evoluția nefavorabilă şi prezența complicațiilor post transplant renal pot duce la pierderea capacității de autoservire, cu deficiențe funcționale grave, incapacitate adaptivă 90-100%, cu încadrare în gradul I de invaliditate.

Complicațiile posttransplant renal care conduc la invaliditate totală şi la pierderea capacității de autoservire sunt:
- disfuncția grefei renale;
- rejetul cronic;
- complicații infecțioase;
- complicații medicale ale bolii vasculare arterosclerotice: infarct miocardic, accidente cerebro-vasculare; HTA necontrolată;
- diabet zaharat posttransplant;
- insuficiență hepatică;
- boli maligne.

5. BOLI DE NUTRIȚIE

CRITERII DE DIAGNOSTIC CLINIC, DIAGNOSTIC FUNCȚIONAL ŞI AL CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN DIABETUL ZAHARAT TIP 2

Diabetul zaharat este o disfuncție metabolică cu etiologie multiplă caracterizată de hiperglicemie cronică, cu modificarea metabolismului glucidic, lipidic şi proteic care rezultă din defectele secreției şi/sau acțiunii insulinei.

Diabetul zaharat este asociat cu apariția afectării organice, cauzate de complicațiile cronice ale diabetului.

Complicațiile cronice *ale diabetului zaharat care determină deficiență funcțională* sunt:
- nefropatia diabetică;
- retinopatia diabetică;
- polineuropatia diabetică;
- leziunile trofice ale piciorului;
- macroangiopatia, boala arterială coronară, boala arterială periferică, boala vasculară cerebrală;
- osteoartropatia Charcot.

Elementele de diagnostic funcțional sunt:
- echilibrul metabolic;
- prezența (severitatea) complicațiilor.

Criterii de diagnostic clinic, diagnostic funcțional şi al capacității de muncă în diabetul zaharat tip 2

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Diabet zaharat tip 2, echilibrat, **necomplicat**	**Fără** deficiență funcțională	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
Diabet zaharat tip 2, echilibrat, cu **complicații cronice uşoare:** – retinopatie de fond „background"; – neuropatie predominant senzitivă ± fruste deficite motorii; – boală coronariană ischemică uşoară (conform criteriilor); – boală arterială aterosclerotică periferică stadiul I Fontaine; – sechele uşoare ale bolii vasculare cerebrale (conform criteriilor)	Deficiență funcțională **uşoară (**când sunt prezente cel mult două complicații**)**	20-49 %	Păstrată	Nu se încadrează
	Deficiență funcțională **medie (**când sunt prezente cel puțin trei complicații	50-69 %	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
Diabet zaharat tip 2, echilibrat, asociat cu **cel puțin una dintre complicațiile cronice de severitate moderată**: – retinopatie preproliferativă; – neuropatie motorie cu deficit motor predominant distal, cu tulburări de sensibilitate; – boală coronariană aterosclerotică (care determină deficiență funcțională medie, conform criteriilor);	Deficiență funcțională **medie**	50-69 %	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**

– cardiomiopatia diabetică, diagnosticată ecografic, cu disfuncție sistolică moderată; – boală arterială periferică aterosclerotică stadiul II Fontaine (conform criteriilor); – sechele ale bolii vasculare cerebrale care determină deficiență funcțională medie, conform criteriilor); – nefropatie diabetică incipientă, cu microalbuminurie persistentă (30-300 mg / 24 de ore); – piciorul diabetic, fără prăbușirea bolții plantare, fără ulcerații;				
Diabet zaharat tip 2, echilibrat, asociat cu **cel puțin una dintre complicațiile cronice severe**: – retinopatie proliferativă; – neuropatie periferică motorie (parapareză, tetrapareză, cu tulburări de sensibilitate); – boală coronariană aterosclerotică (care determină deficiență funcțională accentuată, conform criteriilor); – cardiomiopatia diabetică cu disfuncție sistolică severă; – disfuncție cardiacă autonomă manifestată prin: tahicardie fixă, ischemie miocardică silențioasă, tulburări de ritm, hipotensiune ortostatică; – boală arterială periferică aterosclerotică stadiul III Fontaine (conform criteriilor); – nefropatia diabetică clinic manifestă, proteinurie clinică (albuminurie peste 300 mg/ 24 ore), rata filtrării glomerulare (RFG) < 30 ml/ minut; – piciorul diabetic cu ulcere trofice; – sechele severe ale bolii vasculare cerebrale (conform criteriilor).	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89 %	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Diabet zaharat tip 2, asociat cu **complicații cronice grave**: – boală coronariană aterosclerotică, cardiomiopatie diabetică cu insuficiență cardiacă, disfuncție sistolică severă (fracție de ejecție FE < 30%); – boală arterială periferică stadiul IV Fontaine (conform criteriilor); – insuficiență renală cronică terminală, proteinurie variabilă, RFG < 15 ml/ minut, eventual dializă; – sechele grave ale bolii vasculare cerebrale (conform criteriilor); – dezlipire de retină cu pierderea completă și definitivă a vederii.	Deficiență funcțională **gravă**	90-100%	Capacitate de autoservire pierdută	**Gradul I**

Criterii de diagnostic clinic, diagnostic funcțional şi al capacității de muncă în diabetul zaharat tip 1

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Diabet zaharat tip 1, echilibrat, **necomplicat** și diabetul zaharat tip 2, tratat cu insulină, la care sunt necesare două prize de insulină	Deficiență funcțională **ușoară**	20-49 %	Păstrată	**Nu se încadrează** Cu recomandarea de schimbare a locului de muncă, în aceeași profesie – fără ture, cu pauze de masă; se contraindică munca la înălțime, lângă foc, cu unelte în mișcare și în alte locuri de muncă în care poate fi periclitată siguranța proprie și a celorlalți.

Diabet zaharat tip 1, echilibrat, tratat cu insulină, asociat cu **complicații cronice ușoare:** – retinopatie de fond „background"; – neuropatie predominant senzitivă ± fruste deficite motorii; – boală coronariană ischemică ușoară (conform criteriilor); – boală arterială aterosclerotică periferică stadiul I Fontaine; – sechele ușoare ale bolii vasculare cerebrale (conform criteriilor).	Deficiență funcțională **medie** (când sunt prezente toate complicațiile)	50-69 %	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
Diabet zaharat tip 1, tratat cu insulină, echilibrat, asociat cu **cel puțin una dintre complicațiile cronice de severitate moderată**: – retinopatie preproliferativă; – neuropatie motorie cu deficit motor predominant distal, cu tulburări de sensibilitate; – boală coronariană aterosclerotică (care determină deficiență funcțională medie conform criteriilor); – cardiomiopatia diabetică, diagnosticată ecografic, cu disfuncție sistolică moderată; – boală arterială periferică aterosclerotică stadiul II Fontaine (conform criteriilor); – sechele ale bolii vasculare cerebrale care determină deficiență funcțională medie conform criteriilor); – nefropatie diabetică incipientă, cu microalbuminurie persistentă 30-300 mg / 24 de ore); – piciorul diabetic, fără prăbușirea bolții plantare, fără ulcerații.	Deficiență funcțională **medie**	50-69 %	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
Diabet zaharat tip 1, tratat cu insulină, echilibrat, asociat cu **cel puțin una dintre complicațiile cronice severe**: – retinopatie proliferativă; – neuropatie periferică motorie (paraparezică, tetraparezică, cu tulburări de sensibilitate); – boală coronariană aterosclerotică (care determină deficiență funcțională accentuată, conform criteriilor); – cardiomiopatia diabetică cu disfuncție sistolică severă; – disfuncție cardiacă autonomă manifestată prin: tahicardie fixă, ischemie miocardică silențioasă, tulburări de ritm, hipotensiune ortostatică; – boală arterială periferică aterosclerotică stadiul III Fontaine (conform criteriilor); – nefropatia diabetică clinic manifestă, proteinurie clinică (albuminurie peste 300 mg/ 24 ore), rata filtrării glomerulare (RFG) < 30 ml/ minut; – piciorul diabetic cu ulcere trofice; – sechele severe ale bolii vasculare cerebrale (conform criteriilor).	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89 %	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Diabetul tratat cu insulină, dezechilibrat, indiferent de severitatea complicațiilor, pe perioada necesară echilibrării	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89 %	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Diabet zaharat tip 1, tratat cu insulină, asociat cu **complicații cronice grave**: – boală coronariană aterosclerotică, cardiomiopatie diabetică cu insuficiență cardiacă, disfuncție sistolică severă (fracție de ejecție FE < 30%); – boală arterială periferică stadiul IV Fontaine (conform criteriilor); – insuficiență renală cronică terminală, proteinurie variabilă, RFG < 15 ml/ minut, eventual dializă; – sechele grave ale bolii vasculare cerebrale (conform criteriilor); – dezlipire de retină cu pierderea completă și definitivă a vederii.	Deficiență funcțională **gravă**	90-100%	Capacitate de autoservire pierdută	**Gradul I**

6. AFECȚIUNI ENDOCRINE

CRITERII DE DIAGNOSTIC CLINIC, FUNCȚIONAL ŞI DE EVALUARE A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN BOLILE ENDOCRINE

Tabelul I

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
A. PATOLOGIA HIPOTALAMO- HIPOFIZARĂ **I. Acromegalia, prolactinomul, tumorile hipofizare secretante (boala Cushing TSH, LH, FSH), tumori hipofizare nesecretante** – microadenoame cu tablou clinic şi paraclinic incomplet, în tratament simptomatic; – tumoră hipofizară oprită în evoluție, spontan sau după tratament specific (roentgenterapie, hormonoterapie citolitică şi antisecretorie sau intervenție chirurgicală), fără sechele neurologice sau oftalmologice; tulburări echilibrate prin tratament substitutiv hormonal.	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
– tumoră hipofizară evolutivă, aflată în tratament antitumoral complex; – tumoră hipofizară recent stabilizată, cu tulburări hormonale secundare, parțial echilibrată prin tratament substitutiv; – tumoră hipofizară oprită în evoluție (după tratament sau spontan), însă cu sechele neurologice, oftalmologice sau endocrine care determină deficiență funcțională accentuată (conform criteriilor de la capitolele respective).	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
– tumoră hipofizară cu: • sechele oftalmologice grave (cecitate practică sau absolută); • sechele neurologice grave; • sechele metabolice grave (caşexie hipofizară); • apoplexie hipofizară	Deficiență funcțională **gravă**	90-95%	Capacitatea de muncă şi autoservire pierdute în totalitate	**Gradul I**
II. Insuficiența hipofizară a adultului – insuficiență hipofizară parțial compensată sub tratament substitutiv hormonal	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
– insuficiență hipofizară cu tulburări endocrino-metabolice accentuate, necompensate clinic şi biologic, sub tratament substitutiv complex, cu complicații metabolice, cardiovasculare şi neuropsihice	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
– insuficiență hipofizară severă, cu tulburări endocrino-metabolice grave şi complicații cardiovasculare şi neuropsihice severe	Deficiență funcțională **gravă**	90-95%	Capacitatea de muncă şi autoservire pierdute în totalitate	**Gradul I**

Nanismul hipofizar (ajuns la maturitate)	Tulburările hormonale asociate în cadrul insuficienței hipofizare se cuantifică după criteriile funcționale de la capitolul *Insuficiența hipofizară*			
III. Diabetul insipid – diabetul insipid, subcompensat, sub tratament substitutiv hormonal	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
– diabetul insipid rezistent la tratamentul cu vasopresină sau analogi, cu complicații neurologice și hormonale secundare	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
B. PATOLOGIA TIROIDIANĂ – guşă endemică simplă – DET cu tulburări funcționale hipo- sau hiperfuncționale în studiile subclinice	Deficiență funcțională **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
– guşă multinodulară cu mixedem sau guşă hipertiroidizată, în tratament specific, echilibrată hormonal;	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
– guşă multinodulară cu hipo/hiper funcție sau/și fenomene compresive, în tratament specific până la echilibrare	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
– guşă endemică neuropată cu tulburări hormonale și neuropsihice, care determină deficiență funcțională gravă.	Deficiență funcțională **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă și autoservire pierdute în totalitate	**Gradul I**
Hipertiroidia -Tireotoxicoza Sindrom clinic determinat de excesul de hormoni tiroidieni circulanți: – hipertiroidism neurovegetativ echilibrabil prin tratament simptomatic; – hipertiroidism forme oligosimptomatice, cu răspuns la tratament ATS în doze minime;	Deficiență funcțională **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
– hipertiroidism parțial echilibrat prin tratament medicamentos sau după 12 luni de la cura radicală chirurgicală sau/și izotopică, cu compensare parțială hormonală; – boala Graves-Basedow tratată, echilibrată, cu sindrom exoftalmic sechelar stabilizat	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
– hipertiroidie cu visceralizări, subcompensată hormonal sau în tratament specific (medicamentos, chirurgical sau izotopic până la echilibrare); – boala Graves-Basedow, cu sindrom exoftalmic evolutiv și tulburări vizuale secundare; – hipertiroidie cu cardiotireoză (TPSV, FA, insuficiență cardiacă etc.), până la echilibrare; – hipertiroidie cu sechele metabolice și neuropsihice nerecuperate; – hipertiroidismul cu guşă mare, voluminoasă ± tulburări de compresiune, până la echilibrare și/sau intervenție chirurgicală;	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
– exoftalmia malignă cu cecitate	Deficiență funcțională **gravă**	90-95%	Capacitatea de muncă și autoservire pierdute în totalitate	**Gradul I**
Hipotiroidia - Mixedemul – hipotiroidismul subclinic evidențiat numai prin dozări hormonale TSH crescut fără expresie clinică – hipotiroidismul oligosimptomatic, forme clinice uşoare, cu răspuns la substituție hormonală în doze minime	Deficiență funcțională **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
– mixedem clinic manifest în tratament substitutiv hormonal cu complicații cardiovasculare și metabolice controlate medicamentos	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
– mixedem cu complicații persistente (cardiovasculare și metabolice) și leziuni degenerative nervoase și osteoarticulare, neechilibrate sau sechelare decompensate, în tratament specific	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

– mixedem sever cu visceralizări (complicaţii cardiovasculare şi neurologice grave: insuficienţă cardiacă congestivă, poliserozite, encefalopatie)	Deficienţă funcţională **gravă**	90-95%	Capacitatea de muncă şi autoservire pierdute în totalitate	**Gradul I**
Tiroidite cronice – tiroidita limfocitară Hashimoto – tiroidita Riedl (lemnoasă)	Deficienţă funcţională **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
– tiroidită cronică cu hipotiroidie clinică compensată prin tratament substitutiv, necomplicată	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
– tiroidită cronică cu hipotiroidie sau mixedem postoperator, în tratament substitutiv hormonal, cu complicaţii cardiovasculare şi metabolice controlate medicamentos	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
– tiroidită cronică cu hipotiroidie sau mixedem postoperator, cu complicaţii cardiovasculare şi metabolice neechilibrate de tratamentul substitutiv	Deficienţă funcţională **gravă** conform criteriilor de la capitolul *Hipotiroidie – Mixedem.*	90-100%	Capacitatea de muncă şi autoservire pierdute în totalitate	**Gradul I**
Cancerul tiroidian	Conform criteriilor de la capitolul *Afecţiuni neoplazice*			
C. PATOLOGIA PARATIROIDIANĂ Hipoparatiroidismul (tetania) – tetanie latentă (spasmofilie), în tratament specific, cu manifestări sporadice	Deficienţă funcţională **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
– tetania cronică sau tetania paratireoprivă (postchirurgicală), cu manifestări clince şi crize relativ frecvente, sub tratament specific	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
– tetania cronică sau tetania paratireoprivă (posttiroidectomie), cu crize acute frecvente, neinfluenţate de tratament	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Hiperparatiroidismul primar (boala Recklinghausen) – hipercalcemie serică, asimptomatică sau cu tablou clinic oligosimptomatic	Deficienţă funcţională **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
– hiperparatiroidism operat, cu sechele osoase sau renale neevolutive, cu tulburări de locomoţie şi/sau excreţie care determină deficienţă funcţională moderată	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
– hiperparatiroidism operat, forma osteodistrofică, cu tulburări locomotorii accentuate prin deformaţii osoase şi forma nefrolitiazică, recidivantă, cu insuficienţă renală cronică, neameliorate postoperator	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
– hiperparatiroidism familial asociat cu MEN (adenom paratiroidian, tumori pancreatice, adenom hipofizar) sau MEN 2A (adenom paratiroidian, feocranocitom, carcinom medular tiroidian) – hiperparatiroidism (boala Rechlinghausen), cu fracturi multiple şi deformaţii osoase, cu deficienţă locomotorie gravă	Deficienţă funcţională **gravă**	90-95%	Capacitatea de muncă şi autoservire pierdute în totalitate	**Gradul I**
OSTEOPOROZA – osteoporoză hiperalgică cu risc crescut de fracturare osoasă sau tasare vertebrală prin profilul profesional, în tratament substitutiv compex	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
– osteoporoză cu fracturi sau tasări vertebrale în tratament de stabilizare osoasă (aparat gipsat sau tratament ortopedic) şi în tratament substitutiv hormonal complex	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
– osteoporoză cu fracturi multiple şi tulburări de locomoţie grave, care necesită îngrijire din partea altei persoane	Deficienţă funcţională **gravă**	90-95%	Capacitatea de muncă şi autoservire pierdute în totalitate	**Gradul I**

Tabelul II

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
PATOLOGIA SUPRARENALĂ **Insuficiența corticosuprarenală cronică primară** (boala Addison) – insuficiență CSR cronică primară compensată clinic şi hormonal sub tratament substitutiv	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
– insuficiență CSR cronică cu decompensări repetate – insuficiență CSR cronică cu rezervă hormonală labilă, parțial echilibrată sub tratament – insuficiență CSR cronică după suprarenalectomie uni- sau bilaterală (boala Cushing), tratată chirurgical, în tratament substitutiv continuu până la echilibrare	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
– insuficiență CSR cronică decompensată, rezistentă la tratament	Deficiență funcțională **gravă**	90-95%	Capacitatea de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**
Sindromul Cushing – hipercorticism tratat (chirurgical sau/şi radioterapie hipofizară sau medicamentos), fără complicații sechelare după 2 ani de la tratamentul complex, în tratament substitutiv hormonal – hipercorticism netumoral stabilizat, cu complicații cronice (cardiovasculare, metabolice, neuro-psihice), controlate terapeutic	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
– hipercorticism în evoluție, de etiologie tumorală sau netumorală; – hipercorticism tratat operator sau medicamentos sau/şi radioterapie hipofizară, cu complicații sechelare hipofizare (sindrom Nelson), suprarenale, cardiovasculare, osoase, metabolice neechilibrate sub tratament	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
– hipercorticism tratat operator sau medicamentos, cu complicații grave, cardiovasculare, osoase, neurologice şi dezechilibre hormonale severe	Deficiență funcțională **gravă**	90-95%	Capacitatea de muncă şi autoservire pierdute în totalitate	**Gradul I**
Hiperaldosteronismul primar (sindrom Conn) – hiperaldosteronism primar, forme oligosimptomatice (tumorale) – hiperaldosteronism primar, tratat chirurgical, cu sechele cardiovasculare şi renale echilibrate sub tratament	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
– hiperaldosteronism primar, în evoluție, tumoră inoperabilă – hiperaldosteronism primar în tratament, cu sechele cardiovasculare şi renale neechilibrate sub tratament	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Feocromocitomul (paraganglion) – feocromacitom cu sechele cardio-vasculare, renale, postoperator, echilibrate sub tratament	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
– feocromocitom în evoluție, prin tumoră nediagnosticabilă sau inoperabilă, cu complicații cardiovasculare, renale, cerebrale persistente	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Sindromul adrenogenital – forme hiperplazice compensate cardiovascular prin substituție continuă cu prednison, cu tablou de virilizare moderat şi tulburări psihice secundare, echilibrate prin tratament;	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
– formele clinice evolutive în tratament complex de substituție, cu complicații cardiovasculare, tulburări psihice şi sindrom de virilizare, cu dificultăți de integrare profesională şi socială	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

VI. PATOLOGIA GONADICĂ **Insuficiența gonadică** – forme clinice cu tablou oligosimptomatic compensat prin substituție cu hormoni sexoizi, fără scăderea capacității de efort fizic sau fără tulburări psihice invalidante	Deficiență funcțională **ușoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
Sindromul Klinefelter – forme clinice cu tulburări de dezvoltare a masei musculare și osteoporoză sexoidoprivă, cu scăderea capacității de efort fizic și tulburări neuropsihice de intensitate medie	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
Sindromul Turner – forme clinice cu hiportrofie staturală de peste 150 cm, formă fără malformații somatice invalidante	Deficiență funcțională **ușoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
– forme clinice cu hipotrofie staturală cu tulburări locomotorii de realizare a variantelor posturale și de prehensiune, de intensitate medie; tulburări funcționale somatice (cardiovasculare, renale) și tulburări psihice de intensitate medie	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
– forme clinice cu hipotrofie staturală sub 120 cm, malformații cardiovasculare cu tulburări accentuate (conform criteriilor din capitolul *Boli cardiace*) prin scăderea pronunțată a capacității de prestație fizică sau prin tulburări neuropsihice accentuate	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Insuficiența gonadică dobândită (la femei) – castrări chirurgicale, radice sau medicamentoase, cu tulburări hormonale compensate prin substituție estroprogestativă, fără complicații somatice	Deficiență funcțională **ușoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
– forme clinice cu tulburări hormonale netratate, cu osteoporoză (osteopenie) de asociere, tulburări cardiovasculare, hormonale și metabolice, cu necesar de tratament – pentru formele clinice după castrări pentru tumori maligne, deficiența funcțională se va aprecia conform criteriilor oncologice	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
VII. PANCREASUL ENDOCRIN **Insulinomul** – hiperinsulinism cu semne și simptome de neuroglicopenie: cu stări hipoglicemice ușoare, cu răspuns imediat la glucoză – hiperinsulinism tratat chirurgical, cu ameliorare clinico-biologică și cu extirparea verificată anatomopatologic a insulinomului	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
– hiperinsulinism cu semne și simptome de neuroglicopenie importante și frecvente sau cu rezultate insuficiente după intervenția chirurgicală	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
VIII. OBEZITATEA (de aport și familială) **Exces ponderal** IMC = 25-30 Kg/m^2	**Fără** deficiență funcțională	0-10%	Păstrată	Nu se încadrează
Obezitate medie IMC = 30-40 Kg/m^2 Asociată cu: – tulburări locomotorii ușoare; – tulburări metabolice ușoare.	Deficiență funcțională **ușoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
Obezitate generalizată (accentuată) IMC = 40-50 Kg/m^2 Asociată cu: – tulburări locomotorii; – tulburări ventilatorii restrictive; – tulburări metabolice; – insuficiență venoasă cronică; – complicații cardiovasculare cu tulburări moderate.	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**

Obezitate hiperplazică hipertrofică (severă) IMC = > 50 Kg/m^2 Asociată, prin cumul de afecțiuni, cu: – tulburări locomotorii; – tulburări ventilatorii; – complicații cardiovasculare; – tulburări metabolice; – insuficiență venolimfatică.	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Obezitatea morbidă (IMC > 50 kg/m^2) cu apnee de somn severă – insuficiență respiratorie gravă – insuficiență cardiacă gravă	Deficiență funcțională **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă și autoservire pierdute în totalitate	**Gradul I**

N.B. *Obezitatea endocrină va fi cuantificată în contextul bolii de bază*.

7. AFECȚIUNI HEMATOLOGICE

LEUCEMII

Afecțiunea, Forme clinice, stadii	Diagnosticul funcțional	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Leucemia acută limfoblastică	***Elemente clinice:*** Semne de anemie (oboseală, scăderea rezistenței fizice la eforturi obișnuite, paloarea tegumentelor) Semne legate de trombocitopenie (sângerări moderate la nivelul mucoaselor sau erupție peteșială pe tegumente) Semne date de neutropenie (infecții bacteriene rezistente la tratament: otită medie, faringoamigdalite pultacee, uneori necrotice, pneumonii) Durere osoasă spontană sau la percuție, artralgii rebele, mers șchiopătat Dureri abdominale, mai rar Adenopatii superficiale și profunde la 1/2 sau 2/5 dintre cazuri (uneori sunt tumorale, cu fenomene de compresie) Splină mărită – în 2/3 dintre cazuri Semne generale de boală: febră, transpirații profuze, dureri osoase, scădere în greutate ***Elemente paraclinice:*** 1. hemoleucograma: – numărul de leucocite variază (la 17% dintre adulți pot fi > 100000 Lc/mm3) – anemia poate fi severă la debut: 5 g Hb/dl – numărul de trombocite scăzut – pe frotiul de sânge periferic sau de măduvă osoasă există limfoblaşti în procente variate 2. mielograma – după puncția osoasă cu aspirat medular hipercelular, infiltrată cu limfoblaşti, dislocate seriile celulare normale 3. LCR	Deficiență funcțională **ușoară** – în remisiuni durabile, de 4-5 ani	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficiență funcțională **medie** – în remisiuni durabile, sub 4-5 ani	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
		Deficiență funcțională **accentuată** prin caracterul afecțiunii, prin evoluție, complicații și răspunsul nesatisfăcător la tratament	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
		Deficiență funcțională **gravă** – în leucemiile acute, cu complicații grave, ireversibile	90-100%	Pierdută în totalitate	**Gradul I**

Afecțiunea, Forme clinice, stadii	Diagnosticul funcțional	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Leucemia acută mieloblastică	***Elemente clinice*:** Simptomatologie: oboseală fizică şi psihică, scădere în greutate, febră, sângerări la nivelul tegumentelor şi mucoaselor Sindrom hemoragipar sever şi sindrom infecțios sever (la 50% dintre cazuri) Hipertrofia gingivală dureroasă Infiltrate cutanate (noduli subcutani) de culoare violacee-închisă pe toată suprafața corporală. ***Elemente paraclinice*:** 1. hemograma: – numărul de leucocite poate varia; – 15-20% dintre bolnavi au peste 100 000Lc/mm^3; – 10% prezintă leucopenie; – Hb şi Ht – scăzute; – pe frotiul din sângele periferic – prezenți mieloblaşti sau alte tipuri de blaşti leucemici. 2. puncția sternală – poate fi cu măduvă hipercelulară, uneori hipocelulară (la vârstnici), numărul de blaşti trebuie să fie peste 30%; 3. puncție biopsie a măduvei osoase – dacă puncția sternală este „albă“; 4. LDH crescută; – acid uric crescut; – ionograma sanguină pentru Na şi K– hiponatremie sau hipernatremie severă, hipo- sau hiperpotasemie. 5. evaluarea hemostazei prin determinarea timpului parțial de activare a protrombinei, a timpului de protrombină, a timpului total de trombină şi a fibrinogenului D-dimeri, produşi de degradare ai fibrinei	Deficiență funcțională **accentuată** în remisiuni de 4-5 ani	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
		Deficiență funcțională **gravă** în leucemiile tratate, cu recădere după 3-4 ani (recădere rezistentă la tratament)	90-100%	Pierdută în totalitate	**Gradul I**
Leucemia limfatică cronică **Stadii** **Stadiul 0** – există numai limfocitoză	***Elemente clinice*:** simptomatologie (astenie fizică şi psihică, palpitații, dispnee); adenopatie superficială; hepato-splenomegalie; semne legate de scăderea imunității umorale şi de neutropenie: pneumonii cu pneumococ, meningită, alte infecții severe, infecții cu *Mycobacterium Tuberculosis*, cu anumiți fungi (*Candida, Criptoccocus*), virusuri (herpes zoster, herpes simplex).				
	***Elemente paraclinice*:** – electroforeza proteinelor: creşterea fracțiunii gamma; – imunograma: anormală la aproximativ 50% dintre pacienții cu niveluri mici de Ig G, Ig A, şi Ig M	Deficiență funcțională **uşoară** în LLC std. zero	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează

Stadiul I – limfocitoză şi adenopatie **Stadiul II** – leucocitoză cu limfocitoză, splenomegalie şi/ sau hepatomegalie adenopatie **Stadiul III** – Limfocitoză Anemie Hepatosplenomegalie, adenopatii **Stadiul IV** – Limfocitoză Trombocitopenie Adenopatie Anemie Hepatosplenomegalie	– determinarea acidului uric din ser: valori peste 6 mg% la bărbaţi şi peste 5 mg% la femei – testul Coombs direct – poate fi pozitiv la un anumit procent de bolnavi = anemie hemolitică autoimună – hemoleucograma – creşterea numărului de limfocite: 3 000/mm^3-300 000/mm^3 – biopsia medulară: celulele maligne au aspect de limfocite mici, mature – caracteristic pentru LLC – prezenţa de numeroase „umbre nucleare“	Deficienţă funcţională **medie** în LLC std. I şi II	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
		Deficienţă funcţională **accentuată** în LLC std. III	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
		Deficienţă funcţională **gravă** în LLC std. IV	90-100%	Pierdută în totalitate	**Gradul I**

Boli mieloproliferative cronice

Afecţiunea. Forma clinică, stadii	**Diagnosticul funcţional**	**Deficienţa funcţională**	**Incapacitatea adaptativă**	**Capacitatea de muncă**	**Gradul de invaliditate**
Leucemia granulocitară cronică (LGC) – LGC cu Ph (+) pozitiv – LGC negativă, hematologic tipică – LGC negativă, hematologic atipică – LGC a pacienţilor tineri – Leucemia cronică mielocitară Ph (-) negativă	***Elemente clinice*:** – 40% dintre bolnavi nu prezintă semne sau simptome; – simptomele sunt determinate de: • metabolismul crescut (stare subfebrilă, anorexie, pierdere în greutate, transpiraţii nocturne) • anemie (oboseală psihică, sindrom depresiv, dispnee, palpitaţii); • splenomegalie importantă (senzaţie de disconfort în jumătatea stângă a abdomenului); • modificările trombocitelor (sângerări spontane); • hipervâscozitate indusă de numărul mare de leucocite (cefalee, tulburări de echilibru, ataxie, scăderea acuităţii auditive). *Examenul fizic* poate decela: – splină nepalpabilă, dar percutabilă sau splină moderat mărită sau splină mare, dureroasă; – ficat moderat mărit, de consistenţă elastică; – durerea sternului la percuţie (*ţipătul sternal*); – echimoze la locuri de minimă presiune (braţe, coapse, zona poplitee); – artrita gutoasă; – la examenul oftalmologic – vene dilatate.	Deficienţă funcţională **uşoară** – în LGC cu remisiuni de lungă durată clinice şi citologice	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficienţă funcţională **medie** – în LGC cu evoluţie lentă, cu remisiuni trecătoare, dar repetate, splină moderat mărită, procentaj crescut de blaşti	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
	***Examene paraclinice*:** • hemoleucograma: – anemie normocromă, normocitară – leucocite: 50 000/mm^3- 400 000/mm^3 – trombocite – număr variabil (normal sau scăzut)				

	– predomină neutrofilele, metamielocitele şi mielocitele – caracteristic: creşterea numărului total de bazofile – fosfataza alcalină leucocitară – scăzută sau absentă – concentraţia serică a vit. B_{12} – crescută – puncţie sternală – hipercelularitate, hiperplazie a seriei granulocitare – teste citogenetice – cromozom Ph 1 prezent – puncţie biopsie din creasta iliacă – conţinutul în fibre de reticulină creşte odată cu evoluţia bolii	Deficienţă funcţională **accentuată** în LGC cu număr mare de leucocite la debut, trombopenie sau trombocitoză excesivă, număr mare de bazofile, splină foarte mare, dureroasă	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Policitemia vera	***Elemente clinice*:** • simptome – cefalee, ameţeli, tinitus, astenie, insomnie, tulburări vizuale şi de echilibru, prurit generalizat, dispnee de efort, crize anginoase, claudicaţie intermitentă; – tromboze venoase; – tromboflebite superficiale; – tromboze arteriale; – ulcere peptice; – fenomene artritice gutoase; – manifestări hemoragice (echimoze, epistaxis, HDS, sângerări severe intra- şi postoperatorii); – splenomegalia „în armonică“; – hepatomegalie – la jumătate dintre pacienţi. ***Elemente paraclinice*:** – hemoleucograma: Hb (18-24 g/dl), număr de eritrocite crescut, – Ht crescut (47% la femei, 52% la bărbaţi), leucocitoză moderată (< 30 000/mm^3), fără formulă deviată, cu bazofilie medie (1-3%), trombocitoză < 1 000 000/mm^3); – fosfataza alcalină leucocitară – normală sau crescută; – concentraţia serică a vit. B_{12} – crescută (> 900pg/ml); – indice de vâscozitate serică crescut; – nivelul eritropoietinei plasmatice şi urinare – scăzut (< 30U/ml); – acid uric – crescut (> 10-11mg%); – puncţie sternală (dacă diagnosticul nu este cert – hiperplazia tuturor seriilor hematopoietice, mai ales eritroidă; – saturaţia cu oxigen a sângelui arterial – normală. *N.B. Pentru diagnosticul clinic al Policitemiei Vera, au fost propuse următoarele criterii de orientare:* Majore: – masă eritrocitară crescută – saturaţie în oxigen normală în sângele arterial – splenomegalie Minore: în absenţa splenomegaliei: leucocitoză şi trombocitoză, – nivelul eritropoietinei < 30U/ml – fosfataza alcalină leucocitară > 100 – nivelul seric al vit. B_{12} > 900pg/ml. Pentru stabilirea diagnosticului sunt necesare 3 criterii majore sau 2 majore şi 2 minore.	Deficienţă funcţională **uşoară** în faza de remisiune clinică şi citologică	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficienţă funcţională **medie** – în faza fără remisiune, cu complicaţii moderate (HTA, hemoragii sau tromboze remise), cu splenomegalie moderată, cu saturaţie de oxigen normală	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
		Deficienţă funcţională **accentuată** – cu sechele persistente prin complicaţii trombotice (neurologice, cardiace, hepatice) sau cu splenomegalie tumorală	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
		Deficienţă funcţională **gravă** – PV cu complicaţii severe neurologice sau cardiace, care împiedică capacitatea de autoservire	90-100%	Pierdută în totalitate	**Gradul I**

Afecțiunea, forme clinice, stadii	Diagnosticul funcțional	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Trombocitemia hemoragică (TH) esențială sau primară	*Elemente clinice:* – parestezii la nivelul degetelor – tumefacția distală a falangelor de la plantă – gangrene periferice la degete – splenomegalie în fazele timpurii și, ulterior, atrofie splenică – sângerări recurente – accidente trombotice în teritoriul venos și arterial – AIT, cerebrale, coronariene – dezvoltarea unei anemii hipocrome severe (după o perioadă lungă de evoluție) *Elemente paraclinice*: • hemoleucograma: – Hb normală, masă eritrocitară normală – trombocite peste 600 000/mm^3 – bazofile prezente – acidul uric – crescut – LDH – moderat crescut – timpul de sângerare – prelungit – biopsie medulară: hiperplazie, absența fibrozei extinse, depozite normale de fier	Deficiență funcțională **ușoară** – în TH aflată în faza de remisiune clinică și hematologică	20-49%	Păstrată	**Nu se încadrează**
		Deficiență funcțională **medie** – în TH cu complicații trombotice și/sau hemoragice remise și cu remisiune citologică	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
		Deficiență funcțională **accentuată** – în TH cu complicații trombotice și/sau hemoragice severe, cu sechele persistente, cu trombocitoză peste 600 000/ mmc, rezistentă la tratament	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Mielofibroza cu metaplazie mieloidă (MMM)	***Elemente clinice*:** 1. splenomegalie moderată sau gigantă 2. hepatomegalie moderată sau gigantă (cu circulație colaterală sau cu icter sau cu ascită în cantitate moderată) 3. adenopatie (15-30% dintre cazuri) 4. semne generale de boală: anorexie, scădere în greutate până la caşexie, febră, transpirații nocturne ***Elemente paraclinice*:** 1. hemoleucograma: Hb scăzută (8-10g/dl), Ht scăzut (22-30%), reticulocite crescute (5-10%), leucocite: normale sau crescute (până la 30 000/ mm^3) sau scăzute (2 000-4 000 mm^3), trombocite scăzute sau normale, eritrocite – aspect „în picătură“, număr crescut de bazofile, formula leucocitară deviată la stânga 2. uricemia crescută 3. fosfataza alcalină leucocitară crescută sau normală sau scăzută 4. radiografia osoasă – creștere a densității osoase 5. biopsie medulară din creasta iliacă: fibre de reticulină, colagen, fibroblaşti cu zone mici reziduale de hematopoieză normală	Deficiență funcțională **medie** – în faza proliferativă, fără complicații	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
		Deficiență funcțională **accentuată** – în faza de insuficiență medulară	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

ANEMII

Afecțiunea, forme clinice, stadii	Diagnosticul funcțional	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Anemia feriprivă	***Elemente clinice*:** Simptomele sunt evidente când Hb scade sub 8g/dl şi nu sugerează prin ele însele deficiența de fier. Pot apărea: – oboseală, iritabilitate, palpitații, dispnee, cefalee, ameţeli; – disfagia localizată postcricoidiană; – leziuni ale cavității bucale: stomatita angulară, atrofia papilelor linguale cu variate grade de glosită; – atrofia mucoasei nazale (ozena); – modificări ale unghiilor (la pacienți cu anemie severă): unghii friabile, plate, fără luciu până la aspectul de unghii în formă de „linguriță“; – pervertirea gustului; – ± splenomegalie. ***Elemente paraclinice:*** • hemoleucograma: – scăderea VEM şi HEM (în funcție de gradul deficienței de fier); – hematii palide, hipocrome, cu diametrul redus (microcite) sau anizocitoză sau poikilocitoză – uneori, hematii „în țintă“; – Hb valoare scăzută; – număr absolut de reticulocite şi leucocite – normal; – număr de trombocite – crescut inițial, apoi trombopenie. • puncția biopsie medulară – hiperplazie a seriei roşii eritrocitare (în general, nu este utilă) • concentrația plasmatică a fierului – scăzută sub 50 μg/dl • capacitatea totală de legare a fierului (TIBC) – crescută (> 400 μg/dl) – test util pentru diagnostic • concentrația feritinei – scăzută sub 10μg/dl	Deficiență funcțională **uşoară** – forme uşoare, cu Hb între 10-12 g%, TIBC uşor crescut cu răspuns imediat şi persistent la tratament corespunzător	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficiență funcțională **medie** – forme moderate, cu Hb între 8-10 g%, TIBC moderat crescut cu răspuns favorabil la tratament, fără complicații	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
		Deficiență funcțională **accentuată** – anemii severe cu Hb sub 8 g%, cu complicații (tromboze, hemoragii repetate, mielodisplazii), forme ce necesită transfuzii frecvente	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Anemia megaloblastică	***Elemente clinice:*** – tulburări gastrointestinale (greață, vărsături, dispepsie, constipație); – glosita Hunter: limba roşie, netedă, cu un luciu sticlos, dureroasă, uneori ulcerată; – uneori, stare subfebrilă, hiperpigmentare la nivelul mâinilor; – splenomegalie uşoară; – tegumente palide, cu uşoară tentă subicterică; – părul şi unghiile – friabile ***Elemente paraclinice:*** – Hb inițial este normală, scade odată cu evoluția bolii – VEM crescut – puncția medulară – hipercelularitate (megaloblaşti, metamielocite gigante) – nivelul seric al vitaminei B12 – scăzut – bilirubina indirectă – crescută – LDH – crescut	Deficiență funcțională **uşoară** – forme uşoare, cu Hb între 10-12 g%, cu răspuns imediat şi persistent la tratament corespunzător	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficiență funcțională **medie** – forme moderate, cu Hb între 8-10g%, cu răspuns favorabil la tratament, fără complicații	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**

		Deficienţă funcţională **accentuată** – anemii severe, cu Hb sub 8g%, cu complicaţii (tromboze, hemoragii repetate, mielodisplazii), forme ce necesită transfuzii frecvente	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Anemii hemolitice	***Elemente clinice:*** – simptomatologie nespecifică (astenie fizică şi psihică, dispnee, palpitaţii, dureri precordiale); – paloare, icter sclerotegumentar moderat, ulcere maleolare, deformaţii osoase; – splenomegalie ***Elemente paraclinice:*** – hemoleucograma: Hb scăzută, Ht scăzut, număr de leucocite crescut – mielograma: măduvă hiperplazică – bilirubina indirectă: crescută – urobilinogenul şi stercobilina – crescute – LDH – crescut – hemosiderina urinară – crescută – haptoglobina serică – crescută – testul Coombs direct şi indirect pozitiv, în caz de anemie hemolitică autoimună	Deficienţă funcţională **uşoară** – forme uşoare, cu Hb între 10-12 g%, cu răspuns imediat şi persistent la tratament corespunzător	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficienţă funcţională **medie** – forme moderate, cu Hb între 8-10%, cu răspuns favorabil la tratament, fără complicaţii	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
		Deficienţă funcţională **accentuată** – anemii severe, cu Hb sub 8 g%, cu complicaţii (tromboze, hemoragii repetate, mielodisplazii), forme ce necesită transfuzii frecvente	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Anemiile aplastice Forme clinice: – acută – cronică	Se caracterizează prin citopenie periferică şi medulară cu hipo- sau acelularitate şi măduvă grasă. Pot avea aspect de: • anemie eritroidă pură (eritroblastopenie), cu reticulocite mai puţin de 1%; • aplazie granulocitară (agranulocitoză în care granulocitele sunt mai puţin de 500/ml; • aplazie megacariocitară, în care trombocitele sunt sub 20 000/ml. ***Complicaţii:*** anemie, infecţii, hemoragii, mielodisplazie, leucemie acută în fazele tardive ale bolii, de obicei după remisiune, hemoglobinurie paroxistică nocturnă.	**Fără** deficienţă	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
	În formele cronice, care necesită transfuzii repetate, pot apărea hemosideroza cu ciroză hepatică, DZ, insuficienţă cardiacă, tulburări de ritm şi conducere.	Deficienţă funcţională **uşoară** în formele uşoare sau în remisiuni totale ale acestora	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează

Afecțiunea, forma clinică, stadii	Diagnosticul funcțional	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
		Deficiență funcțională **medie** în formele medii, fără tendință la evoluție, fără complicații sau în fazele de remisiune parțială	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
		Deficiență funcțională **accentuată** în formele severe, cu complicații grave, în forme ce necesită transfuzii repetate, atât în perioada activă a bolii, cât și 2 ani după obținerea unei remisiuni	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
		Deficiență funcțională **gravă** în formele severe, cu ciroză hepatică și/ sau DZ	90-100%	Pierdută în totalitate	**Gradul I**

BOLILE SISTEMULUI LIMFOID

Afecțiunea. Forme clinice, stadii	Diagnosticul funcțional	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Boala Hodgkin Cuprinde 4 stadii: – Std. I (IE) = afectarea unui singur ganglion sau a unei singure structuri extraganglionare – Std. II (2E) = afectarea a 2 sau mai mulți ganglioni de aceeași parte a diafragmului, cu/fără afectarea unui organ visceral prin contiguitate – Std. III = afectarea ganglionilor supra- și subdiafragmatici	***Elemente clinice:*** – ganglioni grupați cu consistență crescută, nedureroși – uneori febră ondulantă, transpirații profuze, prurit generalizat – alteori, tuse în chinte repetate, durere toracică, dispnee, osteoartropatia hipertrofică, dureri osoase rezistente la analgezice, leziuni neurologice, sindrom de venă cavă superioară – scădere ponderală, prurit ***Localizare:*** – ganglioni superficiali – ganglioni mediastinali sau hilari, sub diafragmă – splină, ficat, pleură, pericard, măduvă osoasă	Deficiență funcțională **ușoară** – în remisiuni complete	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficiență funcțională **medie** – în boala Hodgkin, cu remisiune incompletă	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**

– III S - cu afectare splenică, hilară, celiacă sau ganglioni portali – III 2 – cu afectarea ganglionilor paraaortici, iliaci, mezenterici – Std. IV – cu afectarea ganglionilor sau a structurilor limfoide de ambele părți ale diafragmului, cu determinare obligatorie și extraganglionară (măduvă osoasă, ficat, plămân etc.) = afectarea unuia sau a două organe care nu sunt limfoide: ficat, măduvă osoasă, pleură, pericard.	***Elemente paraclinice:*** – hemoleucogramă: – anemie moderată, normocromă cu sideremie scăzută – număr de leucocite – uşor crescut, cu deviere la stânga – eozinofilie moderată – număr de monocite – crescut – limfopenie absolută (L – 1 000 limf./mm3) – trombocitoză moderată – VSH – crescut – biopsie medulară, ganglionară – detectarea celulei Reed-Stenberg – teste funcționale hepatice – creşterea fracțiunii α_2 a globulinelor (electroforeza proteinelor) – radiografie toracică / CT abdominal – creşterea nivelului seric al: acidului lactic, LDH, FA, γ globulinelor, proteinei C reactive, $ß_2$ microglobulinei	Deficiență funcțională **accentuată** – în boala Hodgkin în evoluție, în perioadele de acutizare (cel puțin 6 luni de la inițierea tratamentului fazei acute), în complicații viscerale	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
		Deficiență funcțională **gravă** – formele diseminate cu caşexie neoplazică, în care capacitatea de autoservire este pierdută	90-100%	Pierdută în totalitate	**Gradul I**
Limfoamele Non-Hodgkiniene Prezintă 4 stadii (v.b. Hodgkin)	Face parte din sindromul limfoproliferativ cronic. ***Elemente clinice:*** – febră, pierdere ponderală, adenopatii (70% dintre cazuri), splenomegalie (30%), hepatomegalie (30-50%); – histologic, se recunosc LNH cu limfocite mici, cu evoluție lentă de câțiva ani, sau cu limfoblaşti şi evoluție agresivă – malignă ***Elemente paraclinice:*** – hemoleucogramă – biopsia măduvei osoase, ganglionară – radiografie toracică – CT abdominal + pelvin, cerebral – analiza citogenetică – markeri fenotipici de suprafață – imunofenotipare – PRC – LDH, FA – acid uric – β_2 microglobulină – electroforeză	Deficiență funcțională **uşoară** – în forme cu celule mici cu remisiune de durată crescută	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficiență funcțională **medie** – în remisiuni incomplete şi de durată mai scurtă, mai ales în formele cu malignitate medie şi mare	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
		Deficiență funcțională **accentuată** – în formele cu remisiuni incomplete de scurtă durată, cele rapid evolutive (în special LNH cu malignitate mare), în determinări viscerale ale bolii	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
		Deficiență funcțională **severă** – în invazii medulare, hepatice, ale sistemului nervos central care împiedică autoservirea	90-100%	Pierdută în totalitate	**Gradul I**

GAMOPATII MONOCLONALE

Afecțiunea. Forme clinice, stadii	Diagnosticul funcțional	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Mielomul multiplu Stadiile bolii: – I. Hb: 10 g%, Ca seric normal, leziuni osoase absente, IgG < 5 g%, IgA < 3g %, lanțuri ușoare < 4 g/24h – II. Intermediară (între I-III) – III. Hb < 8 g%, calciu seric > 12 mg%/24 de ore – leziuni osoase avansate – valori mari ale componentei M: • Ig G > 7g/dl • IgA < 5g/dl • lanțuri ușoare > 12g/24h A – fără B – cu insuficiență renală	***Elemente clinice*:** – durere osoasă la nivelul coloanei vertebrale, fracturi patologice (coaste, bazin etc.) – insuficiență renală cronică – semne și simptome ale anemiei – infecții recurente bacteriene și virale – semne sistemice legate de hipercalcemie, anorexie, vărsături, letargie, stupoare, comă, tulburări de ritm cardiac ireversibile – neuropatie periferică și a neuronilor vegetativi, macroglosie, cardiomegalie, diaree, sindrom de tunel carpian – sindrom de hipervâscozitate: tulburări neurologice, modificări FO, manifestări hemoragice și insuficiență cardiacă – sindrom hemoragipar (la 1% dintre pacienți) ***Elemente paraclinice*:** – hemoleucograma: anemie, trombocitopenie, neutropenie – fosfataza alcalină – crescută – acid uric – crescut – VSH accelerat – Ig A, Ig G – migrează ca o bandă groasă (banda M) – mielograma – puncția sternală este obligatorie – procent crescut de plasmocite – electroforeza serului + imunelectroforeza	**Fără** deficiență	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficiență funcțională **ușoară** – bolnavii în std. I în remisiune după tratament	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficiență funcțională **medie** – bolnavi în std. II cu fracturi consolidate corect, cu anemie ușoară, cu afectare renală incipientă	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
		Deficiență funcțională **accentuată** – bolnavi în st. III, cu complicații osoase, renale, infecțioase etc.	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
		Deficiență funcțională **gravă** – bolnavi cu sindrom de compresiune medulară sau paralizii sau insuficiență renală gravă, ceea ce conduce la pierderea capacității de autoservire	90-100%	Pierdută în totalitate	**Gradul I**
Boala Waldenström	***Elemente clinice:*** – astenie neobișnuită, pierdere în greutate, stare de rău general, cefalee, tulburări de vedere, amețeli – paloare, uneori subicter, elemente petesiale – adenopatie generalizată – hepatosplenomegalie moderată – neuropatie periferică – surditate instalată brusc – afectare pulmonară (infiltrate izolate sau confluente, pleurezie) – malabsorbție – diaree – macroglosie – aspect hipocratic al degetelor	Deficiență funcțională **medie** – în perioada de remisiune, în forme cu anemie moderată, cu determinări viscerale reduse	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**

	Elemente paraclinice: • hemograma: – VSH crescut – anemie normocromă sau hipocromă – număr de leucocite normal sau scăzut < 4 000/mm^3 – limfocitoză moderată – număr trombocite normal sau scăzut • puncția sternală – hipocelularitate, infiltrat limfoid • biopsie măduvă din creasta iliacă – hipocelularitate • imunograma: gamopatie monoclonală de tip Ig M • examen FO: hemoragii, exsudate şi congestie venoasă • examen sumar de urină: hematurie, proteine Bence-Jones (în 50% dintre cazuri) • posibilitatea apariției anemiei hemolitice autoimune cu test Coombs pozitiv	Deficiență funcțională **accentuată** – în forme avansate, cu sindroame hemoragice care duc la anemii pronunțate, în forme complicate cu insuficiență renală sau cardiacă	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

SINDROAME HEMORAGIPARE

A) De cauză trombocitară

Afecțiunea. Forme clinice, stadii	**Diagnosticul funcțional**	**Deficiența funcțională**	**Incapacitatea adaptativă**	**Capacitatea de muncă**	**Gradul de invaliditate**
Purpura trombocitopenică idiopatică (PTI)	Se caracterizează prin trombocitopenie imună cauzată de anticorpii antitrombocitari. ***Elemente clinice*:** sângerări cutaneo-mucoase, absența splenomegaliei. Megacariocite sunt normale sau crescute în măduva osoasă. La un număr de trombocite > 100 000/mm^3 nu apar sângerări. Între 30 000-50 000/mm^3 apar sângerări la traume minime, iar când trombocitele sunt < 30 000/mm^3 pot apărea sângerări cutaneo-mucoase spontane. Când trombocitele sunt < 10 000/mm^3 apare sindromul hemoragic generalizat, cu risc crescut de hemoragii în SNC. ***Investigații*:** • hemoleucograma: – număr de trombocite – 20 000-80 000/mm^3 – Hb – scăzută (11g/dl-10 g/dl) – număr reticulocite – uşor crescut – număr crescut de megacariocite tinere (de 4-8 ori) – examenul măduvei osoase – determinarea anticorpilor antitrombocitari	Deficiență funcțională **uşoară** – bolnavi în remisiune completă, cu trombocite mai mult de 150 000/mm^3	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficiență funcțională **medie** – bolnavi cu remisiune incompletă, cu trombocite între 70000-150000/mm^3	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
		Deficiență funcțională **accentuată** – bolnavi cu tablou clinic sever, cu trombocite < 50000/mm^3, cu sângerări la traume minime sau spontan	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

B) Sindroame hemoragice produse prin deficit de factori plasmatici ai coagulării

Afecțiunea, forme clinice, stadii	Diagnosticul funcțional	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Hemofilia (A sau **B)** Forme clinice: – **ușoară**, cu factor VIII sau IX între 5-25% – **medie**, cu factor VIII sau IX între 2-5% – **severă**, cu factori VIII sau IX ≤ 1%	Se caracterizează prin deficit de factor VIII în 85% dintre cazuri – hemofilia A sau de factor IX, în 15% dintre cazuri – hemofilia B. ***Elemente clinice*:** hemoragii la traumatisme, hematoame, hemartroze ***Investigații*:** – hemoleucograma – timp de sângerare – timp de protrombină – teste specifice pentru factorul VIII și factorul IX	Deficiență funcțională **ușoară** – bolnavi cu forme ușoare de boală, cu factor de coagulare < 5%, – 4-5 hemoragii intraarticulare tratate anual	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficiență funcțională **medie** – bolnavi cu formă medie de boală, cu factor de coagulare < 5% – cu artropatie cronică hemofilică în cel puțin o articulație – cu cel puțin 4 episoade hemoragice intraarticulare pe an documentate – sau cu minimum o articulație țintă	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
		Deficiență funcțională **accentuată** – forme severe (factor < 1%), – cu artropatie cronică hemofilică cu limitare funcțională a mișcărilor articulare de 30% în cel puțin o articulație de membru – episoade hemoragice amenințătoare de viață (intracerebrale, intra-abdominale, ruptură de splină etc.) – sinovectomie sau protezare articulară	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
		Deficiență funcțională **gravă** – forma severă cu factor < 1% – hemofilici care se află în cărucior – anchiloze sau semianchiloze care necesită ajutor pentru activitățile uzuale	90-100%	Pierdută în totalitate	**Gradul I**

Alte sindroame hemoragice prin deficit de factori plasmatici ai coagulării: a) deficit de factor I	– hipo- sau afirinogenia (evoluție benignă)	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
deficit de factor II	– hipoprotrombinemia (evoluție benignă)				
b) sindrom Owren	– hipoproaccelerina, evoluție în general benignă				
c) parahemofilia Alexander	– hemoragii articulare mai puțin importante				
d) boala von Willebrand, boala Stuart-Prower, deficiența Rosenthal și deficiența Hageman	– evoluție benignă	Deficiență funcțională **ușoară** – în situația în care nu apar complicații	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
e) deficiența de factor XIII (FSF)	– în general benignă, dar pot apărea hemoragii intracraniene grave	Deficiență funcțională **accentuată** sau **gravă** – în situația hemoragiilor intracraniene, în raport cu intensitatea și sechelele acestora	70-89% sau 90-100%	Pierdută în totalitate Pierdută în totalitate	**Gradul I** **Gradul II**
Boala Von Willebrand (BvW)	Reprezintă deficiența ereditară a factorului von Willebrand. Acesta asigură adeziunea plachetelor la colagenul subendotelial dezgolit și transportul și stabilitatea în plasmă a factorului VIII al coagulării (VIII C). Se manifestă prin evenimente hemoragice diverse: muco-cutanate în formele ușoare ale bolii, hemartroze sau hematoame profunde în formele severe. Hemoragii severe apar după traume sau intervenții chirurgicale. Diagnosticul se sprijină pe asocierea TS alungit, scăderea nivelurilor factorului VIII C și a factorului von Willebrand, deficiența agregării plachetare în prezența Ristocetinei. ***Investigații:*** – nivelul plasmatic al factorului von Willebrand – timpul de sângerare – activitatea factorului VIII	Deficiența funcțională este determinată de frecvența și intensitatea accidentelor trombotice, de teritoriile venoase afectate de manifestările clinice specifice, de tratamentul anticoagulant de fond ce predispune la evenimente hemoragice, de sechele induse de accidente trombotice			
		Deficiență funcțională **ușoară** – în cazuri asimptomatice, cu modificări hematologice de mică intensitate	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficiență funcțională **ușoară** – în situația unor evenimente hemoragice muco-cutanate ce survin rar și răspund prompt la tratament	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
		Deficiență funcțională **medie** – în care episoadele hemoragice survin relativ frecvent, dar răspund favorabil la tratament	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
		Deficiență funcțională **accentuată** – în hemoragii severe ce survin după traumatisme minore, în hemartroze sau hematoame profunde	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

Afecțiunea, forme clinice, stadii	Diagnosticul funcțional	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Trombofilii ereditare (primare) sau dobândite	Tromboze unice sau recurente (venoase şi/sau arteriale) sau predispoziții pentru accidente trombotice, generate de o stare latentă şi permanentă, de hipercoagulabilitate plasmatică de cauză ereditară. Mutațiile genetice implică: – anomalii ale unor factori de coagulare (mutația genei trombinei la poziția G 202 10 şi a genei factorului V la poziția CGA 1691 – factorul V Leiden şi rezistența la proteina C activată; – deficiența inhibitorilor naturali ai coagulării (proteina C, proteina S, antitrombina III, cofactorul II al heparinei, trombomodulina); – anomalii ale lizei cheagului (disfibrinogenemia, deficiența plasminogenului şi a inhibitorului său); – hiperhomocisteinemia. Accidentele trombotice pot afecta preponderent teritorii venoase profunde (cav inferior, mezenteric, cerebral, renal, hepatic). *Manifestările clinice* particulare (purpura fulminans neonatală sau necroza cutanată indusă de warfarină) au fost înregistrate în deficiențele PC şi PS. După diagnostic, pacienții trebuie anticoagulați toată viața. *Investigații*: – timp de coagulare – homocisteinemia – proteina C, proteina S, AT III antitrombina III – activitatea factorului V Leiden.	Deficiență funcțională **medie** – cu tromboze de intensitate redusă, unice sau recurente, care nu lasă sechele durabile	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
		Deficiență funcțională **accentuată** – în accidente trombotice repetate, în cele ce implică teritorii venoase profunde, în forme cu necroză cutanată	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
		Deficiență funcțională **gravă** – în accidente trombotice cu sechele durabile (în special cerebrale) care împiedică autoservirea	90-100%	Pierdută în totalitate	**Gradul I**
Status post-transplant (auto- sau allotransplant)	Fără complicații (apreciate de medicul curant)	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
Status post-auto- sau allotransplant de celule Stem hematopoietice, în care hematopoieza post-transplant este cu defect (grefare cu defect)	Se remarcă trombocitopenie (uşoară-moderată) sau leucopenie (uşoară-moderată) sau anemie (uşoară-moderată)	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

Status post auto- sau allotransplant de celule Stem hematopoietice, în care există complicații legate de regimul de condiționare	***Complicațiile*:** – Cataracta secundară corticoterapiei şi/sau iradierii corporale totale. – Complicații neurologice tardive secundare iradierii craniene, chimioterapiei intratecale sau neurotoxicității unor medicamente. – Disfuncții endocrine secundare condiționării (iradierii corporale totale): hipotiroidie de diverse grade, tiroidita sau neoplasmul tiroidian, insuficiența gonadală (ovariană). – Disfuncții pulmonare, cardiace, hepatice şi/sau renale considerate a fi secundare procedurii (tratamentului şi/sau regimului de condiționare). – Boală malignă a cărei apariție poate fi legată de procedura de transplantare (iradiere corporală totală, deficiența imună secundară transplantării, infecții, imunosupresia). – Hematopoieza post-transplant cu defect = bi- sau pancitopenie moderat-severă (trombocitopenie, leucopenie sau anemie care necesită transplant substitutiv lunar) prin hipoplazie medulară, din cauza unui grefon insuficient în ceea ce priveşte cantitatea de celule Stem conținute.	Deficiență funcțională **gravă**	90-100%	Pierdută în totalitate	**Gradul I**

8. APARATUL MUSCULOSCHELETAL

I. SECHELELE POSTTRAUMATICE

Fracturi, luxaţii, distrugeri ale părţilor moi:
- redori;
- anchiloze;
- pseudoartroze;
- sindrom algoneurodistrofic;
- amputaţii;
- traumatismele vertebro-medulare.

REDORILE ARTICULARE

Diagnosticul clinic se stabileşte pe baza:
- examenului clinic;
- testării articulare;
- examenului radiologic.

Diagnosticul pozitiv:
- reducerea mişcărilor active şi pasive (se va consulta tabelul de la sfârşitul capitolului);
- modificarea de tonus muscular;
- imaginea radiologică.

Membrele superioare

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcţional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate/ Observaţii
Redoare strânsă de cot	Deficienţă manipulaţie **uşoară**	20-25%	Păstrată	Se recomandă schimbarea locului de muncă
Redoare strânsă scapulo-humerală unilateral	Deficienţă manipulaţie **uşoară**	30-40%	Păstrată	Idem

Membrele inferioare

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcţional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate/ Observaţii
Redoare de gleznă unilateral	Deficienţă funcţională **uşoară**	20-49%	Păstrată	Se recomandă schimbarea locului de muncă
Redoare strânsă de gleznă bilateral	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III** Se recomandă schimbarea locului de muncă
Redoare strânsă de genunchi sau şold unilateral	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Idem	**Gradul III** Se recomandă schimbarea locului de muncă

Redoare strânsă de genunchi bilateral	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Redoare strânsă de şold bilateral	Deficienţă funcţională **accentuată**	90-99%	Idem	**Gradul I**

ANCHILOZELE

Termenul de anchiloză presupune abolirea totală a mişcărilor într-o articulaţie.

Termenul de anchiloză provine din grecescul: „curbat“ – deoarece în majoritatea cazurilor fixarea articulaţiei se face prin angularea fragmentelor osoase care realizează articulaţia.

Termenul este parţial corect, deoarece în multe cazuri asistăm la anchiloze în rectitudine (în special cele realizate operator), excepţie făcând articulaţia cotului.

Simptomatologie: pierderea mişcărilor în articulaţia respectivă.

Examenul radiologic este edificator.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcţional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate/ Observa□ii
Anchiloza cotului	Deficienţă funcţională **uşoară**	20-25%	Păstrată	Se recomandă schimbarea locului de muncă
Anchiloza umărului	Deficienţă funcţională **uşoară**	30-40%	Păstrată	Se recomandă schimbarea locului de muncă
Anchiloză glezną unilaterală	Deficienţă funcţională **uşoară**	20-30%	Păstrată	Se recomandă schimbarea locului de muncă
Anchiloză glezną bilaterală	Deficienţă funcţională **medie**	50%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
Anchiloză genunchi unilateral	Deficienţă funcţională **medie**	50%	Idem	**Gradul III**
Anchiloză şold unilateral	Deficienţă funcţională **medie**	60%	Idem	**Gradul III**
Anchiloză şold cu redoare strânsă genunchi	Deficienţă funcţională **accentuată**	70%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Anchiloză de genunchi bilateral	Deficienţă funcţională **gravă**	90%	Pierdută în totalitate	**Gradul I**
Anchiloză şold bilateral	Deficienţă funcţională **gravă**	95%	Pierdută în totalitate	**Gradul I**

* În cazul anchilozelor în poziţii vicioase: cot în rectitudine, şold în flexum şi/sau rotaţie şi/sau abducţie/adducţie, genunchi în flexum, picior equin etc., de la caz la caz, în funcţie de posibilitatea realizării mersului şi ortostatismului, se poate acorda un grad de invaliditate superior.

PSEUDOARTROZA

Trebuie făcută distincţia dintre:

1. Întârzierea în consolidare – care este o stare tranzitorie;
2. Pseudoartroza – care reprezintă o stare definitivă.

Se pot distinge:

1. – Pseudoartroza liberă sau flotantă;
2. – Pseudoartroza strânsă sau fibroasă;
3. – Pseudoartroza fibro-sinovială (cu excesivă mobilitate a fragmentelor ce demonstrează o organizare a ţesuturilor mai complexă).

Semne clinice:

– mobilitate anormală în focarul de fractură după terminarea tratamentului de imobilizare (după 4-5 luni).

– mişcarea este practic nedureroasă;
– mobilitatea anormală – în aproximativ toate planurile;

Examenul radiologic – semnificativ: lipsa consolidării.

Membrele superioare

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate/ Observa□ii
Pseudoartroză oase antebraț	Deficiență funcțională **ușoară**	20-49%	Păstrată	Se recomandă schimbarea locului de muncă
Pseudoartroză humerus	Deficiență funcțională ușoară	20-49%	Păstrată	Se recomandă schimbarea locului de muncă
Pseudoartroză humerus (cu scurtare peste 5 cm)	Deficiență funcțională **medie**	50%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**

Membrele inferioare

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate/ Observa□ii
Pseudoartroza oaselor degetelor piciorului	Deficiență funcțională **ușoară**	20-49%	Păstrată	Se recomandă schimbarea locului de muncă
Pseudoartroză oase gambă sau coapsă (cu scurtare sub 7 cm)	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III** Se recomandă schimbarea locului de muncă
Pseudoartroză oase gambă sau coapsă (cu scurtare peste 7 cm)	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II** Se recomandă schimbarea locului de muncă

Pseudoartrozele beneficiază de intervenții chirurgicale corectoare. Până la practicarea intervenției chirurgicale sau, în cazurile inoperabile ca urmare a unor complicații locale sau a bolilor somatice asociate, bolnavii pot fi încadrați într-un grad de invaliditate.

AMPUTAȚIILE

Diagnosticul clinic complet trebuie să conțină următoarele elemente:
– cauza amputației;
– data amputației;
– nivelul amputației;
– lateralitatea (dreaptă, stângă, bilaterală);
– starea bontului (cu descrierea bontului vicios atunci când e cazul);
– situația protezării (protezat, neprotezat, neprotezabil) cu menționarea tipului de proteză.

Criterii de diagnostic funcțional

În cazul amputațiilor, criteriile de evaluare a deficienței (de manipulație sau /şi locomotorii) şi de încadrare în grad de invaliditate trebuie să țină seama de:
1. nivelul amputației;
2. cauza care a condus la indicația de amputație;
3. starea bontului şi eficiența protezării.

1. Nivelul amputației:

Membrele superioare

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Gradul de invaliditate/ Observa□ii
Lipsa prin amputație a 2-3 degete (în afara policelui)	Deficiență de manipulație **ușoară**	20-30%	Nu se încadrează. Se recomandă schimbarea locului de muncă
Lipsa ultimelor falange de la toate degetele de la o mână	Deficiență de manipulație **ușoară**	25%	Nu se încadrează. Se recomandă schimbarea locului de muncă
Lipsa prin amputație a 4 degete de la o mână (în afara policelui)	Deficiență de manipulație **ușoară**	30-40%	Nu se încadrează. Se recomandă schimbarea locului de muncă
Lipsa policelui unilateral	Deficiență de manipulație **ușoară**	30%	Nu se încadrează. Se recomandă schimbarea locului de muncă
Lipsa unui police cu metacarpianul respectiv	Deficiență de manipulație **ușoară**	40%	Nu se încadrează. Se recomandă schimbarea locului de muncă
Lipsa ultimelor falange de la toate degetele ambelor mâini	Deficiență de manipulație **ușoară**	40%	Nu se încadrează. Se recomandă schimbarea locului de muncă
Lipsa policelui bilateral	Deficiență de manipulație **medie**	50%	**Gradul III**
Lipsa a 4 degete (în afara policelui) bilateral	Deficiență de manipulație **medie**	50%	**Gradul III**
Lipsa degetelor de la o mână	Deficiență de manipulație **medie**	50%	**Gradul III**
Dezarticulație radio-carpiană	Deficiență de manipulație **medie**	55%	**Gradul III**
Amputația unilaterală de antebraț la diferite nivele	Deficiență de manipulație **medie**	60-69%	**Gradul III**
Dezarticulație de cot	Deficiență de manipulație **accentuată**	70%	**Gradul II**
Amputația unilaterală de braț la diferite nivele	Deficiență de manipulație **accentuată**	70-79%	**Gradul II**
Dezarticulație scapulo-humerală	Deficiență de manipulație **accentuată**	80%	**Gradul II**
Amputația unui membru superior cu reducerea prehensiunii contralateral	Deficiență de manipulație **accentuată**	80-89%	**Gradul II**
Lipsa tuturor degetelor de la ambele mâini	Deficiență de manipulație **gravă**	90%	**Gradul I**
Amputația unui membru superior asociată cu redori strânse ale articulației membrului controlateral	Deficiență de manipulație **gravă**	90-100%	**Gradul I**
Amputația ambelor membre superioare (de la diferite nivele)	Deficiență de manipulație **gravă**	100%	**Gradul I**

N.B. Pentru bolnavii cu amputații la nivelul membrului superior drept sau pentru bolnavii stângaci cu amputații la nivelul membrului superior stâng, se vor acorda 6-12 luni de pensionare Gradul II de invaliditate, timp necesar pentru reeducarea gestualității.

Membrele inferioare

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Gradul de invaliditate/ Observa□ii
Amputație totală sau parțială a degetelor de la unul sau de la ambele picioare	Deficiență funcțională **ușoară** (Se vor evalua tulburările secundare.)	20-25%	Nu se încadrează. Se recomandă schimbarea locului de muncă
Amputație tip Lisfranck (tarso-metatarsiană)	Deficiență funcțională **ușoară**	35%	Idem
Amputație tip Chopart (intratarsiană)	Deficiență funcțională **ușoară**	40%	Idem
Amputație bilaterală tip Lisfranck	Deficiență funcțională **medie**	50%	**Gradul III**
Amputație bilaterală tip Chopart	Deficiență funcțională **medie**	60%	**Gradul III**
Amputație de gambă unilateral (la orice nivel)	Deficiență funcțională **medie**	50-59%	**Gradul III**
Amputație la nivelul l/3 prox. a coapsei (bont minim de 7 cm) unilateral	Deficiență funcțională **medie**	60-69%	**Gradul III**
Amputație coapsă (bont mai mic de 7 cm); bont greu protezabil;	Deficiență funcțională **accentuată**	70%	**Gradul II**
Amputație unilaterală membrul inferior asociată cu redori şi calusuri vicioase controlateral	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	**Gradul II**
Dezarticulație de şold unilaterală	Deficiență funcțională **accentuată**	80%	**Gradul II**
Amputație bilaterală a membrelor pelvine de la nivelul gambelor cu imposibilitatea realizării ortostatismului fără cârje	Deficiență funcțională **gravă**	90%	**Gradul I**
Amputația gambei asociată cu amputația coapsei controlaterale	Deficiență funcțională **gravă**	90%	**Gradul I**
Amputația transpelviană (inter-ilio-abdominală) unilaterală	Deficiență funcțională **gravă**	90%	**Gradul I**
Lipsă prin amputație a ambelor coapse	Deficiență funcțională **gravă**	90 %	**Gradul I**
Lipsă prin dezarticulație a unui membru inferior asociată cu anchiloza membrului inferior controlateral	Deficiență funcțională **gravă**	90-100%	**Gradul I**
Lipsă prin dezarticulație a unui membru inferior asociată cu amputația sau dezarticulația unui membru superior	Deficiență funcțională **gravă**	100%	**Gradul I**

2. Cauza care a condus la indicația de amputație

În cazul amputațiilor de necesitate din arteriopatii, diabet zaharat, neoplasme, boli neurologice, se vor consulta şi criteriile de evaluare de la capitolele aferente afecțiunilor cauzale, ținându-se cont şi de faptul că deficiența somatică şi cea locomotorie se pot potența reciproc, accentuând gradul de invaliditate.

Amputațiile cauzate de boli vasculare periferice justifică încadrarea cel puțin în gradul II de invaliditate, întrucât survin în stadii avansate ale bolii vasculare şi sunt dificil de protezat (se vor consulta şi criteriile de evaluare de la capitolul *Bolile arterelor periferice*).

3. Starea bontului şi eficiența protezării:

Deficiența funcțională în cazul amputației de membru inferior se apreciază în raport cu posibilitățile bolnavului de a purta proteza. Starea bontului este deosebit de importantă pentru a evalua şansa amputatului de a fi protezat sau nu.

În cazul membrelor inferioare, pentru a putea fi eficient protezat, bontul de amputație trebuie să îndeplinească următoarele criterii:

– să aibă o lungime suficientă;

– să aibă o formă cât mai regulată;
– să nu prezinte proeminenţe osoase şi să fie bine acoperit de muşchi;
– să fie fără exces de părţi moi;
– să fie nedureros, fără nevroame;
– să fie acoperit cu tegumente indemne, cu cicatrici vindecate, suple, neretractile, fără plastii sensibile şi friabile, fără leziuni dermatologice;
– să nu prezinte tulburări circulatorii.

Un bont scurt, cu cicatrici vicioase, cu calus vicios, cu nevroame hiperalgice, cu leziuni trofice, cu fistule cronice sau cu sechele complexe nu va putea fi protezat eficient, determinând un grad mai mare de invaliditate.

În cazul în care pacientul nu poate fi protezat din cauza bontului vicios, va fi îndrumat către o secţie de ortopedie pentru refacerea bontului. Dacă există contraindicaţii medicale pentru intervenţia chirurgicală (afecţiuni grave cardio-respiratorii, renale etc.), bontul neprotezabil determină o agravare a deficienţei funcţionale, care poate justifica încadrarea într-un grad de invaliditate superior celui determinat de nivelul de amputaţie.

Cazurile cu amputaţii de membre inferioare neprotezate din motive obiective, neimputabile pacientului, în funcţie de imposibilitatea realizării mersului şi ortostatismului fără cârje sau fotoliu rulant se pot încadra într-un grad de invaliditate superior celui determinat de nivelul de amputaţie, până la realizarea protezării.

În cazul amputaţiilor recente de membre inferioare, în funcţie de imposibilitatea realizării mersului şi ortostatismului fără cârje sau fotoliu rulant, deficientul poate fi încadrat într-un grad de invaliditate superior celui determinat de nivelul de amputaţie, pe o perioadă de un an, timp necesar pentru achiziţionarea protezelor (provizorii, ulterior definitive) şi a altor dispozitive medicale necesare, precum şi pentru reeducarea mersului cu aceste dispozitive.

TRAUMATISMELE VERTEBRO-MEDULARE

Traumatismele vertebro-medulare închise şi deschise ocupă în tabloul general al patologiei aparatului locomotor o fracţiune de aproximativ 0,7-1 %.

Din punct de vedere lezional, există două mari grupe:

1. Leziuni rahidiene cu interesarea elementelor canalului rahidian, denumite şi mielice;
2. Leziuni rahidiene fără semne neurologice sau amielice (după Putti).

Din multiplele încercări de clasificare de utilitate practică, certă este cea a Institutului „Rizzoli“ prezentată la cea de-a XXXIII-a reuniune anuală a Societăţii Franceze de Ortopedie.

Această clasificare împarte leziunile în trei grupe mari, iniţiale:

I. Fracturi de corp vertebral:

a) fracturi prin compresiune care pot fi complete sau cuneiforme;
b) fracturi cominutive;
c) fracturi parcelare.

II. Fracturi de arc posterior:

a) fracturi de apofize (transverse, spinoase, articulare);
b) fracturi de lame;
c) fracturi de pediculi.

III. Fracturi – luxaţii (cu sau fără leziuni disco-ligamentare), care nu au alt cuprins decât pura noţiune enunţată.

În faţa unei rezultante posttraumatice se poate vorbi de o leziune traumatică a unui anumit segment, urmând a detalia aspectul anatomopatologic şi aspectul clinic – urmărit în evoluţia sa.

Importanţa atingerilor medulo-radiculare reprezintă un capitol dominant în patologia traumatismelor rahidiene, prezenţa sau absenţa lor tranşează net două aspecte, două atitudini terapeutice şi încadrări diferenţiate în grade de invaliditate.

Consecinţele lezării medulo-rahidiene:

1. **Consecinţa IMEDIATĂ:** şocul spinal definit ca o stare de supresiune a tuturor activităţilor spinale, având caracter tranzitoriu. Durează 1-6 săptămâni.

2. **Consecinţele PRECOCE:** sunt independente de şocul spinal, dar în directă dependenţă de leziunea medulară. Sunt aceleaşi în toate segmentele medulare:

– ***sindrom senzitiv şi motor remanent;***
– ***tulburări vezicale sub formă de retenţie;***
– ***tulburări intestinale şi anorectale;***
– ***tulburări ale funcţiilor genitale;***
– ***tulburări neuro-vegetative (termice, tensionale, aritmii);***
– ***tulburări trofice.***

3. Consecinţe TARDIVE:

– ***deficit senzitiv şi motor rezidual;***
– ***tulburări metabolice şi de nutriţie;***
– ***tulburări viscerale;***
– ***tulburări psihice***.

Sistematizând sinoptic, distingem:

I. Sindrom neurologic total: tetraplegie sau paraplegie

II. Sindroame neurologice parţiale, între care distingem: Sindromul Brown-Sequard, sindromul centromedular cervical, sindromul radiculo-medular acut şi sindroame neurologice particulare.

III. Sindrom radicular – care cuprinde, pe lângă atingerile electiv radiculare, sindromul cozii de cal.

Diagnosticul clinic pozitiv se stabileşte ţinând cont de:

– examenul clinic neurologic;
– examenul radiologic:
– discografie;
– flebografie;
– arteriografie;
– examenul tomografic;
– examenul IRM;
– electromiografiei;
– examenul LCR.

Diagnosticul clinic	**Diagnosticul funcţional**	**Incapacitatea adaptativă**	**Capacitatea de muncă**	**Gradul de invaliditate/ Observa□ii**
Anchiloza unui segment de coloană (osteosinteză posttraumatică)	Deficienţă funcţională **uşoară**	25-30%	Păstrată	Se recomandă schimbarea locului de muncă
Anchiloza sau redori strânse pe segmente mari (cu tulburări ventilatorii medii)	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	Se recomaandă schimbarea locului de muncă
Anchiloze cu deformări mari (cifoze – cifoscolioze cu tulburări ventilatorii medii – accentuate)	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-80%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

Pentru sechelele neurologice, diagnosticul funcţional şi capacitatea de muncă se vor stabili după criteriile pentru afecţiunile neurologice.

II. SECHELELE POST OA-TBC; MORB POTT

TBC evoluează ciclic în trei faze:

I. Faza de însămânţare;
II. Faza distructivă;
III. Faza de cicatrizare şi anchiloză.

Diagnosticul clinic şi **stadiul** afecţiunii se stabilesc de către unităţile teritoriale ale secţiei anti TBC.

Diagnosticul funcţional se va aprecia în raport cu stadiul afecţiunii, respectiv cu încadrarea în grupele de dispensarizare.

Toate afecțiunile TBC osteoarticulare *în evoluție* generează o deficiență funcțională accentuată şi se încadrează în gradul II (doi) de invaliditate, indiferent de localizarea procesului tuberculos:

– TBC – OA scapulohumerală;
– TBC – OA cot;
– TBC – OA radiocarpiană;
– TBC – OA sacroiliacă;
– TBC – OA coxofemurală;
– TBC – OA genunchi;
– TBC – OA tibiotarsiană şi intratarsiană.

Sechelele – anchiloze şi redorile strânse – se vor evalua conform criteriilor de la capitolul *Redori – Anchiloze*.

Sechele Morb Pott

Se recomandă:

– examen clinic;
– testarea coloanei;
– probe ventilatorii;
– EKG;
– examen radiologic.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate/ Observații
Osteosinteza unui segment de coloană (2-3-4 vertebre)	Deficiență funcțională **uşoară**	25-30%	Păstrată	Se recomandă schimbarea locului de muncă
Osteosinteza unui segment mare (5-6-7 vertebre)	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III** Se recomandă schimbarea locului de muncă
Osteosinteză pe coloană deformată (cifoscoliotică, cu tulburări ventilatorii)	Deficiență funcțională **accentuată**	70-80%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

III. OSTEONECROZA ASEPTICĂ A CAPULUI FEMURAL

Este o afecțiune ce presupune alterarea până la suprimare a circulației arteriale într-un segment al osului. Cea mai frecventă localizare este capul femural.

Alte localizări: osul navicular carpian, astragalul, capul humeral şi fragmente izolate de os.

Criterii pentru diagnosticul clinic:

– durere spontană şi provocată;
– redoare algică a articulației şoldului;
– mers şchiopătat.

Examenele de laborator sunt neconcludente.

Diagnosticul de certitudine: – examen radiologic;
– scintigrafie osoasă;
– tomografie computerizată;
– I.R.M.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate/ Observații
Necroză aseptică de cap femural confirmată (unilateral)	Deficiență funcțională **uşoară**	50-59%	Păstrată	**Gradul III** Se recomandă schimbarea locului de muncă

Necroză aseptică de cap femural unilateral în evoluție cu distrucție CF	Deficiență funcțională **medie**	60-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III** Se recomandă schimbarea locului de muncă
Necroză aseptică de cap femural confirmată (bilaterală) în evoluție	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Idem	**Gradul II**

IV. OSTEOMIELITA. OSTEITELE FISTULIZATE

Osteomielita este o boală generală, cu evoluție şi forme clinice diferențiate.

Termenul de osteomielită a fost introdus de Lannelongue, care presupunea că leziunea de început este infecția măduvei osului.

Formele clinice pot fi:
- forme acute: – forma hipertoxică;
  – forma septicemică;
  – forma piogenă – cu modificări prevalent locale;
- osteomielita cronică de la început;
- osteomielită acută cronicizată.

Diagnosticul se stabileşte pe:
- tabloul clinic: local şi general;
- tabloul sanguin – leucocitoză;
- VSH;
- însămânțare din secreția locală;
- examenul radiologic – care ne arată: distrucție osoasă, eventual cu sechestru şi osteoporoză perifocală.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate/ Observații
Osteomielită cronică fistulizată	Deficiență globală **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

SUPURAȚIILE OSOASE POSTTRAUMATICE

- osteite post-traumatice acute cronicizate;
- osteite post-traumatice care evoluează cronic de la început.

Diagnosticul clinic:
- fistule remanente unice sau multiple, cu sau fără alterarea părților moi.
- examenul radiologic – fistulografic este concludent.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate/ Observații
Supurații osoase fistulizate	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

V. DEFORMAȚIILE COLOANEI VERTEBRALE

Acestea sunt scolioza sau cifoscolioza de etiologie polimorfă, ajunsă la maturitate.

Diagnosticul clinic se stabileşte pe baza:
- examenului clinic;
- testării mobilității coloanei;
- examenului radiologic.

Diagnosticul pozitiv are în vedere examenul goniometric efectuat pe o radiografie standard.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate/ Observații
Scolioză, cifoscolioză cu grad de curbură sub 60° (cu tulburări ventilatorii mici)	Deficiență funcțională **ușoară**	20-49%	Păstrată	Se recomandă schimbarea locului de muncă
Scolioză, cifoscolioză cu grad de curbură peste 60° (cu tulburări ventilatorii mici – medii) și fără tulburări neurologice	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin pe jumătate	**Gradul III** Se recomandă schimbarea locului de muncă
Scolioză, cifoscolioză cu grad de curbură peste 60°, cu tulburări neurologice: para-pareză	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Scolioză cu grad de curbură peste 60°, cu tulburări neurologice – paraplegie	Deficiență funcțională **gravă**	90-100%	Pierdută în totalitate	**Gradul I**

VI. ARTROPLASTIA DE ȘOLD CU PROTEZĂ TOTALĂ. Complicații

Evaluând favorabil rezultatele bune, medicul expert trebuie să aibă în vedere și să nu subestimeze complicațiile ce pot surveni în timpul și după executarea artroplastiei.

Toate aceste elemente vor fi înregistrate pentru ca, în final, să se poată realiza o cât mai corectă apreciere a deficienței funcționale.

Complicațiile pot fi: intraoperatorii, secundare și tardive.

*I. Complicațiile intraoperatorii, legate de tehnic*ă:

1. perforarea fundului cotilului;
2. perforarea diafizei femurale;
3. leziunea nervului sciatic sau femural.

II. Complicații secundare legate de o tehnică imperfectă (neadaptată):

1. hematomul postoperator;
2. infecția postoperatorie;
3. luxația capului protezei;
4. insuficiența mușchilor fesieri și abductori în statică și mers;
5. complicații generale: tromboemboliile.

III. Complicații tardive:

1. **Osificările heterotope** (după Brooker):

a) – osificări insulare în părțile moi periarticular;
b) – punți osoase incomplete;
c) – punți osoase complete – anchiloză.

2. **Decimentarea aseptică, mobilizarea (Loosening) sau osteoliza**. Descrisă pentru prima dată de Harris (l976), această complicație se manifestă prin:

– reapariția durerii la nivelul șoldului, cu iradiere spre genunchi;
– fenomene claudicative cu limitarea mișcărilor.

Diagnosticul radiologic:

– osteoliză segmentară: lizereu de radiotransparență periprotetică, progresiv;
– osteoliză lacunară – când apare o geodă metafizar sau diafizar, ce crește progresiv.

3. **Fractura femurului** – poate surveni în orice moment, dar mai ales după un număr de ani.
4. **Degradarea pieselor** femurale survine drept consecință a „oboselii" materialului, în special a pieselor de oțel în situația decimentării sau a unui defect de fabricație.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate/ Observații
Artroplastie de șold cu redoare algică prin osificări heterotope	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin pe jumătate	**Gradul III** Se recomandă schimbarea locului de muncă

Artroplastie de şold cu decimentare (osteoliză progresivă)	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
Artroplastie de şold algică prin degradarea pieselor femurale	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

VII. MALFORMAŢII CONGENITALE

- **membre toracale:** – luxaţie congenitală a umărului;
  – agenezie – degete, mână, antebraţ;
  – sindactilie.
- **membre pelvine:**

– displazia luxantă a şoldului;
– coxa-vara, coxa-valga, coxa-plana;
– aplazii de femur;
– genu varum, genu valgus, genu recurvatum;
– picior strâmb congenital – varus – valgus – talus – cavus.

- **coloană vertebrală:**

A. de origine medulară:
   a) siringomielie şi hidromielie,
   b) malformaţii vasculare;
   c) chist dermoid şi epidermoid.
B. de origine vertebrală:
   a) sindrom Klippel-Feil;
   b) sindrom de coastă cervicală;
   c) sacralizarea vertebrei L5;
   d) angiom vertebral.
C. mixte*:*
   a) spina bifida.

Diagnosticul funcţional se va stabili în raport cu tulburările funcţionale – anchiloze, redori, scurtări, membre balante, tulburări neurologice.

TABEL
cu mişcările, poziţiile fiziologice şi poziţiile funcţionale în anchiloze şi redori strânse ale principalelor articulaţii

Denumirea articulaţiei	Amplitudinea fiziologică	Deficienţă medie. Mobilitate de:	Poziţia funcţională în anchiloze şi redori strânse
Coloana cervicală	Flex. = 0^0-60^0 Ext. = 0^0-50^0 Încl. lat. stg. = 0^0-40^0 Incl. lat. dr. = 0^0-40^0 Rotaţie stg. = 0^0-60^0 Rotaţie dr. = 0^0-60^0	30^0 25^0 15^0 15^0 20^0 20^0	0^0-30^0 0^0-10^0 0^0-15^0 0^0-15^0 0^0-20^0 0^0-20^0
Coloana dorso-lombară	Flex. = 0^0-95^0 Ext. = 0^0-35^0 Încl. lat. stg. = 0^0-40^0 Încl. lat. dr. = 0^0-40^0 Rotaţie stg. = 0^0-60^0 Rotaţie dr. = 0^0-60^0	15^0 15^0 15^0 15^0 20^0 20^0	0^0-15^0 0^0-15^0 0^0-15^0 0^0-15^0 0^0-20^0 0^0-20^0
Scapulo-humerală	Anteduc. = 0^0-170^0 Retroduc. = 0^0-35^0 Abd. = 0^0-85^0 Add. = 0^0-45^0 Rotaţie int. = 0^0-90^0 Rotaţie ext. = 0^0-90^0	70^0 0^0 40^0 30^0 0^0 0^0	0^0-15^0 0^0-10^0 0^0-20^0 0^0-0^0 0^0-10^0 0^0-10^0
Cot	Flex. = 0^0-140^0 Pron. = 0^0-90^0 Supin. = 0^0-90^0	45^0 45^0 45^0	90^0-125^0 0^0-45^0 0^0-45^0

Mână (pumn)	Flex. = 0^0-85^0 Ext. = 0^0-85^0 Inclin. uln. = 0^0-40^0 Înclin. rad. = 0^0-20^0	40^0 30^0 – –	0^0-40^0 0^0-30^0 0^0-20^0 0^0-15^0
Police **Metacarpofalangiană**	Flex. = 0^0-90^0 Ext. = 0^0-0^0 Abd. = 0^0-60^0 Opoziție = 0 cm	40^0 – 10^0 2 cm	0^0-45^0 – 0^0-10^0 –
Interfalangiana 1	Flex. = 0^0-90^0 Ext. = 0^0-0^0	30^0 –	0^0-10^0 0^0-10^0
Index **Mediu** **Inelar** **Auricular** **Metacarpofalangiană**	Flex. = 0^0-90^0 Ext. = 0^0-0^0	30^0 –	35^0-35^0 –
Interfalangiana 1	Flex. = 0^0-90^0 Ext. =0^0-0^0	30^0 –	35^0-35^0 –
Interfalangiana 2	Flex. = 0^0-90^0 Ext. = 0^0-0^0	30^0 –	0^0-45^0 –
Coxofemurală	Flex. = 0^0-130^0 Ext. = 0^0-25^0 Abd. = 0^0-45^0 Add. = 0^0-30^0 Rotație int. = 0^0-40^0 Rotație ext . = 0^0-60^0	45^0 – 15^0 – – –	0^0-15^0 0^0-5^0 0^0-10^0 0^0-5^0 0^0-5^0 0^0-5^0
Genunchi	Flex. = 0^0-145^0	45^0	0^0-10^0
Gleznă	Flex. plantară = 0^0-50^0 Flex. dorsală = 0^0-20^0 Abd. = 0^0-25^0 Add. = 0^0-45^0	15^0 10^0 15^0 10^0	0^0-0^0 0^0-5^0 0^0-10^0 0^0-10^0

9. CRITERII PENTRU DIAGNOSTICUL CLINIC, DIAGNOSTICUL FUNCȚIONAL ŞI AL CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN BOLILE REUMATISMALE

Bolile reumatismale fac parte din clasa a XIII-a din cele 2l de clase mari de boli, conform *Clasificației Statistice Internaționale a Maladiilor şi Problemelor conexe de Sănătate* (C.I.M. în română şi franceză, ICD în engleză).

Clasa a XIII-a, conform C.I.M., este clasa din care fac parte: Bolile sistemului osteo-articular al muşchilor şi ale sistemului conjunctiv.

Principalele boli invalidante:

I. Poliartrita reumatoidă

II. Spondilartritele seronegative:

1. Spondilartrita anchilozantă.

2. Artritele reactive (Sindromul Reiter-Fiessinger-Leroy).

3. Artropatia psoriazică.

4. Spondilartritele enteropatice din Colita ulceroasă, Boala Crohn.

5. Boala Whiple.

III. Lupusul eritematos sistemic

IV. Sclerodermia sistemică

V. Polimiozitele şi dermatomiozita

VI. Vasculitele. Poliarterita nodoasă şi alte vasculite: Angeita alergică şi granulomatoasă (Boala Churg-Strauss), Boala Kawasaky, Arterita Takayasu, Granulomatoza Wegener, Boala Behcet

VII. Boala mixtă a țesutului conjunctiv

VIII. Sindromul Sjogren

IX. Artritele microcristaline şi dismetabolice:

1. Guta.

2. Condrocarcinoza (Pseudoguta).

3. Alte artropatii microcristaline.

X. Bolile articulare degenerative:

1. Coxartroza.

2. Gonartroza.

3. Artrozele piciorului.

4. Artrozele mâinii.

5. Spondiloza cervicală şi lombară.

6. Spondiloza hiperostozantă.

XI. Bolile reumatismale abarticulare

1. Bolile reumatismale abarticulare difuze:

a) Fibromialgia (fibrozita);

b) Sindromul durerii miofasciale.

2. Bolile reumatismale abarticulare localizate:

a) Periartrita scapulo-humerală (umăr blocat, pseudoparalitic);
b) Periartrita coxofemurală;
c) Distrofia simpatică reflexă;
d) Boala Dupuytren;
e) Boala Ledderhose.

I. POLIARTRITA REUMATOIDĂ (P.R.) SAU ARTRITA REUMATOIDĂ – COD DE BOALĂ 628, DUPĂ C.I.M.

Diagnosticul de **Poliartrită reumatoidă** se susține pe criteriile ACR (revizuite în 1987), după Arnett şi colaboratorii.

- Investigațiile de laborator necesare pentru susținerea diagnosticului de PR şi pentru urmărirea evoluției bolii sunt: VSH, Proteina C reactivă (cantitativ), factorii reumatoizi, anticorpii antipeptid ciclic citrulinat (AC anti CCP);
- Examenul radiologic standard;
- Ecografia articulară;
- Rezonanța magnetică nucleară (de rezervă);
- Scintigrafia osteo-articulară (de rezervă, numai în cazuri selecționate).

Aprecierea capacității funcționale a bolnavilor cu PR depinde de activitatea inflamatorie a bolii şi de alterările structurale osteo-articulare.

Există deci o incapacitate cauzată de inflamație (potențial reversibilă) şi alta determinată de alterările structurale consecutive (frecvent definitivă).

Gradul de activitate al PR poate fi evaluat printr-o serie de parametri clinici sau biologici: număr de articulații dureroase şi tumefiate, redoare matinală, evaluare globală a activității bolii (VAS medic şi pacient), niveluri reactanți de fază acută (VSH, CRP cantitativ), indici compoziți validați (DAS 28), factori prognostici (niveluri Ac anti CCP şi niveluri serice factori reumatoizi).

Diagnosticul stadiului alterării structurale se bazează pe scorul radiografic Sharp (în varianta modificată de Van der Heijde sau de Genant), al eroziunilor juxtaarticulare şi de îngustare a spațiului articular şi poate fi sumarizat pe baza criteriilor unanim acceptate, propuse de Steinbrocker, care prezintă corelație cu deficitul funcțional.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Poliartrită reumatoidă precoce sau artrita nediferențiată	**Fără** deficiență funcțională	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
Poliartrită reumatoidă la debut (după criteriile Steinbroker) Clasa funcțională 1 – capacitate funcțională completă, cu posibilitatea de a exercita normal profesia	Deficiență funcțională **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
Poliartrită reumatoidă st. I (după criteriile Steinbroker) = moderat activă Clasa funcțională 2 = capacitate funcțională normală, cu excepția handicapului durerii şi redorii la una sau mai multe articulații	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
I. Poliartrită reumatoidă st. II (după criteriile Steinbrocker) = moderat activă Clasa funcțională 2 – capacitate funcțională redusă, prezentând handicapul durerii şi redorii la una sau mai multe articulații	Deficiență funcțională **accentuată**	70-79%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
II. Poliartrită reumatoidă st. II/III = moderat activă **Clasa funcțională 2** – capacitate funcțională redusă, cu afectarea semnificativă a mobilității articulare, reducerea capacității de deplasare şi/sau a gesticii uzuale	Deficiență funcțională **accentuată**	80-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

I. Poliartrită reumatoidă st. III (sever) după criteriile Steinbroker **Clasa funcțională 3** = capacitate funcțională mult limitată, permițând bolnavului numai o mică parte din ocupațiile casnice şi de autoservire	Deficiență funcțională **gravă**	90-95%	Capacitatea de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I** Necesită îngrijire şi supraveghere din partea altei persoane
II. Poliartrită reumatoidă st. IV (după criteriile lui Steinbroker) **Clasa funcțională 4** = infirmitate importantă; bolnav imobilizat la pat sau fotoliu; se deplasează cu foarte mare dificultate, nu se poate ocupa de propria îngrijire sau o face cu mare dificultate	Deficiență funcțională **gravă**	90-95%	Capacitatea de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I** Necesită îngrijire şi supraveghere din partea altei persoane

II. SPONDILARTRITELE SERONEGATIVE:

II.1. Spondilita anchilozantă (S.A.) – cod de boală 469, după C.I.M.

Diagnostic cert de spondilită anchilozantă se stabileşte conform criteriilor New York (1984), modificate:

a. durere lombară joasă şi redoare matinală de peste 3 luni care se ameliorează în condiții de efort şi nu dispare în repaus;
b. limitarea mişcării coloanei lombare în plan sagital şi frontal;
c. limitarea expansiunii cutiei toracice;
d.1. sacroilita unilaterală grad 3-4;
d.2. sacroilita bilaterală grad 2-4.

Diagnosticul cert de spondilită anchilozantă presupune prezența criteriului imagistic (radiologic sau RMN) asociat cel puțin unui criteriu clinic.

Explorările de laborator necesare pentru susținerea diagnosticul de SA:

- Investigații biologice:
– VSH; proteina C reactivă (cantitativ); antigenul HLAB 27 este prezent la 80-90 % dintre bolnavi, dar nu este obligatoriu pentru diagnostic, care poate fi pus şi în absența acestuia.
- Examenul radiologic standard.
- Rezonanță magnetică nucleară.
- Tomografia computerizată axială (de rezervă, numai în cazuri selecționate).
- Scintigrafia osteoarticulară (de rezervă, numai în cazuri selecționate).

Necesită evaluare conform criteriilor ASAS, inclusiv BASDAI.

VERSIUNEA ROMÂNEASCĂ A INDEXULUI BASDAI

(BATH ANKYLOSING SPONDYLITIS DISEASE ACTIVITY INDEX)

Vă rugăm să marcați cu un X pe următoarele scale (0-10cm). Dacă simptomele dvs. (durere, oboseală) au avut variații, marcați numărul care indică media severității acestora.

Cum au fost în ultima săptămână?

1. Care a fost gradul oboselii pe care ați resimțit-o?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

absentă Foarte severă

2. Cum ați descrie durerea de coloană cervicală, toracală sau lombară?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

absentă Foarte severă

3. Cum au fost, per ansamblu, durerile şi tumefacțiile pe care le-ați avut la nivelul articulațiilor periferice?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

absentă Foarte severă

4. Cum ați resimțit durerea la atingere sau presiune la nivelul zonelor dureroase (entezelor)?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

absentă Foarte severă

5. Cum ați resimtit redoarea (înțepeneala) de dimineată, după ce vă trezeați?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

absentă Foarte severă

6. Cât timp apreciați că durează redoarea (înțepeneala), dimineața?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

0 ore 1 oră 2 ore sau peste

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Spondilartrită anchilozantă la debut în faza de sacroileită gradul I sau II	**Fără** deficiență funcțională	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
I. Spondilartrită anchilozantă formă centrală în faza de sacroileită gradul III – IV	Deficiență funcțională **ușoară**	20-39%	Păstrată	Nu se încadrează
II. Spondilartrită anchilozantă formă centrală cu prinderea articulației sacroiliace gradul IV + coloană dorso-lombară	Deficiență funcțională **ușoară**	40-49%	Păstrată	Nu se încadrează
I. Spondilartrită anchilozantă formă centrală cu prinderea coloanei cervico-dorso-lombare	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
II. Spondilartrită anchilozantă formă periferică la debut	Deficiență funcțională **medie**	60-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**

I. Spondilită anchilozantă formă centrală cu prinderea coloanei cervico-dorso-lombare şi fixarea coloanei cervicale în flexie în mod ireversibil	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-79%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
II. Spondilită anchilozantă formă centrală cu prinderea coloanei cervicale şi a centurilor scapulo-humerale sau coxo-femurale uni- sau bilateral	Deficienţă funcţională **accentuată**	80-85%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
III. Spondilită anchilozantă formă periferică cu prinderea articulaţiilor periferice mari – coxofemurale, genunchi, coate, pumni	Deficienţă funcţională **accentuată**	85-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
I. Spondilită anchilozantă formă centrală cu prinderea coloanei cervicale şi a centurilor scapulo-humerale şi coxofemurale bilateral cu tendinţe la anchiloze în poziţii vicioase	Deficienţă funcţională **gravă**	90-94%	Capacitatea de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I** Necesită îngrijire şi supraveghere din partea altei persoane
II. Spondilită anchilozantă forme periferice severe cu anchiloze multiple (genunchi în flexie; anchiloză tibiotarsiană în equin etc.)	Deficienţă funcţională **gravă**	95%	Capacitatea de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I** Necesită îngrijire şi supraveghere din partea altei persoane
III. Spondilită anchilozantă forme mixte (centrale şi periferice) cu prinderea coloanei cervicale, a centurilor scapulo-humerale şi pelvine şi a articulaţiilor periferice mari	Deficienţă funcţională **gravă**	96-100%	Capacitatea de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I** Necesită îngrijire şi supraveghere din partea altei persoane

II.2. Artritele reactive (AR) sau Sindrom Reiter – Fiessinger –Leroy – (RFL) – cod de boală 647, după C.I.M.

Criteriile pentru diagnosticul clinic al sindromului RFL sunt **criteriile clinice** şi **semnele radiologice:**

- Investigaţii de laborator:
- VSH; hemoleucogramă; proteina C reactivă; anticorpii specifici în funcţie de germenul incriminat în declanşarea bolii; examenul lichidului sinovial (numai în cazuri selecţionate);
- Examen radiologic.
- R.M.N. (de rezervă, numai în cazuri selecţionate).
- Scintigrama osoasă; (de rezervă, numai în cazuri selecţionate).
- Examen bacteriologic: urocultură, coprocultură (pot fi negative dacă nu sunt surprinse la declanşarea bolii).

Diagnosticul clinic	**Diagnosticul funcţional**	**Incapacitatea adaptativă**	**Capacitatea de muncă**	**Gradul de invaliditate**
AR sau sindrom RFL incomplet în faza incipientă de oligoartrită subacută	**Fără** deficienţă funcţională	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
AR cu sindrom RFL la debut, în faza de artrită incipientă la una sau două articulaţii, sau asociat cu sacroileită unilateral	Deficienţă funcţională **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
AR cu sindrom RFL în forme constituite după o perioadă de evoluţie cu 2-3 pusee acute de oligo-artrite în cursul unui an	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate	**Gradul III**
AR sau sindrom RFL în formele cronice, după o evoluţie de aproximativ 5 ani, cu 3-4 pusee acute pe an, care evoluează spre S.A. în formă mixtă centrală şi periferică	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

II.3. Artropatia psoriazică (AP) – cod de boală 647, după C.I.M.

Diagnosticul de artropatie psoriazică se susține pe criterii clinice şi radiologice.

Criteriile de clasificare cele mai cunoscute şi răspândite sunt cele ale lui Moll şi Wright*:

1 - afectare interfalangiană distală (*specifică artropatiei psoriazice*)
2 - artrita mutilantă (*specifică artropatiei psoriazice*)
3 - poliartrita simetrică, asemănătoare clinic cu PR, dar cu FR absent (*des întâlnită*)
4 - oligoartrita asimetrică sau monoartrita (*cel mai des întâlnită*)
5 - afectare axială ca element caracteristic predominant.

Psoriazisul cutanat sau/şi unghial este frecvent prezent, dar există cazuri în care manifestările cutanate apar după instalarea artritelor.

- Investigații de laborator:
  – hemoleucogramă; VSH; PCR (cantitativ), acidul uric; factorul reumatoid;
- Examen radiologic (diferențiat pentru afectarea periferică sau axială);
- Rezonanță magnetică nucleară (în cazuri selecționate).

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Artrita psoriazică în observație cu forme uşoare de psoriazis	**Fără** deficiență funcțională	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
Artrită psoriazică în formă de oligoartrită asimetrică la debut, cu afectarea articulațiilor mici (articulațiile IF distale de mână sau picior + forme cutanate uşoare de psoriazis	Deficiență funcțională **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
Artrită psoriazică în formă de oligoartrită asimetrică, cu afectarea unei singure articulații mari sau a 2-3 articulații mici, asociate cu leziuni cutanate de psoriazis	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
Artropatie psoriazică în forma de spondilită psoriazică: afectare axială cu prinderea coloanei CDL, asociată cu tendință la anchiloze şi deformarea mâinii (mână „în gheară“)	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

II.4. Spondilartritele enteropatice din colita ulceroasă; boala Crohn – cod de boală 647, după C.I.M.

II.5. Maladia Whipple (B.W.) – cod de boală 647, după C.I.M. sau lipodistrofia intestinală

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Artritele enteropatice sau **Spondilitele enteropatice** sunt artrite ce însoțesc colita ulceroasă, boala Crohn şi by-pass-ul ileal	Deficiența funcțională este determinată de boala de bază – afectarea articulară este o modalitate de debut a bolii digestive cu mulți ani înainte de apariția semnelor digestive.			
Maladia Whipple în forme de artrite acute migratoare sau fugace, cu durată mai mică de o săptămână, cu vindecare fără sechele	Deficiența funcțională este determinată de boala de bază – afectarea articulară este o modalitate de debut a bolii digestive cu mulți ani înainte de apariția semnelor digestive.			
Maladia Whipple în forme de sacroileită asociată cu HLA B27 pozitiv = spondilitele din bolile intestinale inflamatorii	vezi criteriile de dignostic pentru SA			

III. LUPUSUL ERITEMATOS SISTEMIC (LES) – cod de boală 641, după C.I.M.

Diagnosticul se susține pe criteriile **ARA.**

- Investigații de laborator utile:
- hemoleucogramă; VSH; proteina C reactivă (cantitativ); complement seric (C3, C4), autoanticorpi: Ac antinucleari, anti ADNdc, anticorpi antifosfolipidici, celule lupice; factor reumatoid; teste de coagulare (funcție de forma de manifestare).
- Biopsie renală (numai în formele cu afectare renală severă).

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
LES în observație	Deficiență funcțională **ușoară**	20-39%	Păstrată	Nu se încadrează
LES indus medicamentos la debut (O serie de medicamente sunt implicate în apariția unui sindrom lupus-like)	Deficiență funcțională **ușoară**	40-49%	Păstrată	Nu se încadrează
LES sistemic latent (incomplet) la debut	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
I. LES clasic diagnosticat după criteriile ARA, în faza cronică	Deficiență funcțională **accentuată**	70-79%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
II. LES în faza acută (puseu)	Deficiență funcțională **accentuată**	80-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
LES în puseu acut cu alterarea stării generale **LES cu afectare de organ** (ex: cardiacă, renală, neurologică etc.) gravă	Deficiență funcțională **gravă**	90-100%	Capacitate de muncă și autoservire pierdute în totalitate	**Gradul I** Necesită îngrijire sau supraveghere din partea altei persoane

IV. SCLERODERMIA SISTEMICĂ (SS) – COD DE BOALĂ 642, DUPĂ C.I.M.

Diagnosticul se susține pe semne clinice, radiologice și biologice.

- Investigații de laborator utile:
- hemoleucogramă; VSH; proteina C reactivă (cantitativ), factor reumatoid; anticorpi antinucleari, anticorpi anti-Sc170, anticentromer și anti-Ro;
- Examen radiologic (rg. osteo-articulare, rx. pulmonar, digestiv);
- Capilaroscopie;
- Biopsie cutanată (în cazuri selecționate);
- Probe funcționale respiratorii.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
SS în observație, în faza de sindrom Raynaud, fără manifestări cutanate, articulare sau ale altor organe	Deficiență funcțională **ușoară**	20-49%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
I. SS la debut în formă cutanată limitată, cu sindrom Raynaud și afectare cutanată	Deficiență funcțională **medie**	50-59%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în **gradul III** de invaliditate
II. SS în formă cutanată difuză la debut, cu prezența sindromului Raynaud și cu afectarea cutanată a membrelor, feței și trunchiului, fără afectare pulmonară, renală	Deficiență funcțională **medie**	60-69%	**Idem**
I. SS formă cutanată difuză, cu afectarea cutanată a membrelor și a feței, cu afectare pulmonară	Deficiență funcțională **accentuată**	70-79 %	Pierdută în totalitate; se încadrează în **gradul II** de invaliditate
II. SS în formă cutanată difuză, cu afectare cutanată a membrelor și a feței, a trunchiului, cu afectare pulmonară și renală	Deficiență funcțională **accentuată**	80-89%	**Idem**

SS în formă cutanată difuză, cu afectare cutanată a membrelor, feței și trunchiului, cu manifestări respiratorii grave, manifestări cardiace și renale	Deficiență funcțională **gravă**	90-100%	Pierderea totală a capacității de muncă și de autoservire. Necesită îngrijire sau supraveghere din partea altei persoane

V. POLIMIOZITA SAU DERMATOMIOZITA – cod de boală 642, după C.I.M.

Diagnosticul se susține pe criterii clinice, examene de laborator și biopsie musculară.

- Investigații de laborator:
  - hemoleucogramă cu formulă; VSH; proteina C reactivă; aldolaza, transaminaze, creatinkinaza; mioglobina;
- EMG;
- Biopsia musculară (în cazuri selecționate).

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
PM/DM în observație	Deficiență funcțională **ușoară**	20-49%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
PM/DM în forma idiopatică a adultului la debut	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în **gradul III** de invaliditate
I. PM/DM în forme cronice cu atrofii musculare la membre	Deficiență funcțională **accentuată**	70-79%	Pierdută în totalitate; se încadrează în **gradul II** de invaliditate
II. PM/DM cronică ulcerativă cu ulcerații gastrointestinale și cutanate	Deficiență funcțională **accentuată**	80-89%	**Idem**
I. PM/DM idiopatică în faza acută și subacută, cu atrofia maselor musculare, afectarea mușchilor striați ai hipofaringelui și esofagului superior și fenomene respiratorii	Deficiență funcțională **gravă**	90-100%	Pierderea totală a capacității de muncă și de autoservire. Necesită îngrijire sau supraveghere din partea altei persoane
II. PM/DM asociată cu cancer, cu deficiență musculară gravă	Deficiență funcțională **gravă**		

VI. VASCULITELE

VI.1. Poliarterita nodoasă sau periarterita nodoasă (PAN) – cod de boală 640, după C.I.M.

Diagnosticul se susține pe semne clinice și examene de laborator.

- Investigații de laborator utile:
  - VSH; hemoleucogramă;
  - Biopsie (în cazuri selecționate).

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
PAN în observație – prezența manifestărilor cutanate, musculo-articulare și HTA oscilantă, fără manifestări renale, cardiace sau neurologice	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în **gradul III** de invaliditate
PAN cu manifestări renale, neurologice, cardiace	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate; se încadrează în **gradul II** de invaliditate

PAN în faza de insuficienţă renală, cardiacă, decompensată sau cu afectarea sistemului nervos central	Deficienţă funcţională **gravă**	90-100%	Pierderea totală a capacităţii de muncă şi de autoservire. Necesită îngrijire sau supraveghere din partea altei persoane.

VI.2. Angeita alergică şi granulomatoasă (Boala Churg – Strauss).

Criterii pentru diagnosticul ***angeitei alergice şi granulomatoase (Boala Churg–Strauss)*** – criteriile A.C.R. – (Colegiul American de Reumatologie).

- Investigaţii de laborator:
  – VSH; dozarea IgE;
- Examen radiologic şi probe funcţionale ventilatorii.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcţional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Angeita alergică şi granulomatoasă în faza prodromală	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate; se încadrează în **gradul III** de invaliditate
Angeita alergică şi granulomatoasă în faza sistemică manifestă	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate; se încadrează în **gradul II** de invaliditate
Angeita alergică şi granulomatoasă sistemică, cu manifestări grave cardiace mergând până la insuficienţă cardiacă decompensată, stare generală alterată, febră prelungită, scădere ponderală marcată	Deficienţă funcţională **gravă**	90-100%	Pierderea totală a capacităţii de muncă şi de autoservire. Necesită îngrijire sau supraveghere din partea altei persoane

VI.3. Granulomatoza Wegener

Criterii clinice pentru **diagnosticul clinic:** semnele şi simptomele dominante sunt cele ale afectării tractului respirator superior şi inferior, a rinichiului, sistemului nervos central sau periferic.

- Investigaţii de laborator:
  – dozarea anticorpilor C-ANCA; hemoleucogramă; VSH;
- Biopsie tegumentară, de mucoasă, renală sau musculară a zonelor afectate (în cazuri selecţionate).

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcţional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Granulomatoză Wegener în observa□ie (în fază evolutivă, cu pierderea vederii şi cu afectarea sistemului nervos central)	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate; se încadrează în **gradul III** de invaliditate
Granulomatoză Wegener, cu manifestări clinice multiple, în faze acute	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate; se încadrează în **gradul II** de invaliditate
Granulomatoză Wegener în fază evolutivă, cu pierderea vederii şi cu afectarea sistemului nervos central	Deficienţă funcţională **gravă**	90-100%	Pierderea totală a capacităţii de muncă şi de autoservire. Necesită îngrijire sau supraveghere din partea altei persoane

VI.4. Arterita Takayasu

Criterii pentru **diagnosticul clinic** (după criteriile A.C.R. – Colegiul American de Reumatologie):

- Investigații de laborator:
  – hemoleucogramă; VSH; imunoglobuline.
- Arteriografie; angio-RMN.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Arterita Takayasu în faza preocluzivă	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în **gradul III** de invaliditate
Arterita Takayasu în faza ocluzivă	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate; se încadrează în **gradul II** de invaliditate
Arterita Takayasu cu modificări cardiace severe: insuficiență cardiacă decompensată; HTA cu valori ridicate; palpitații, dispnee de repaus	Deficiență funcțională **gravă**	90-100%	Pierderea totală a capacității de muncă şi de autoservire. Necesită îngrijire sau supraveghere din partea altei persoane

VI.5. Sindromul Behcet (SB) – cod de boală 642, după C.I.M.

Criterii majore (obligatorii) – ulcerații orale recurente (observate de medic/pacient, de minimum 3 ori în 12 luni).

Criterii minore:

1) ulcerații genitale recurente (observate de medic/pacient)
2) leziuni oculare (uveită ant/post, vasculită retiniană, dg. de oftalmolog)
3) leziuni cutanate
4) test patergie pozitiv.

Diagnostic: 1 criteriu major + 2 criterii minore

- Investigații de laborator:
  – hemoleucogramă; Ig A; crioglobuline.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Sindrom Behcet la debut, cu leziuni cutaneo-mucoase	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în **gradul III** de invaliditate
Sindrom Behcet în faza acută, cu afectare oculară bilaterală sau afectare nervoasă	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate; se încadrează în **gradul II** de invaliditate
Sindrom Behcet în faza de afectare oculară, ce determină orbirea prin nevrita nervului optic sau corioretinită (vezi criteriile af. oftalmologice) sau **SB cu manifestări nervoase** sau **SB cu leziuni vasculare arteriale**	Deficiență funcțională **gravă**	90-100%	Pierderea totală a capacității de muncă şi de autoservire. Necesită îngrijire sau supraveghere din partea altei persoane

VII. BOALA MIXTĂ A ȚESUTULUI CONJUNCTIV (BMTC) – cod de boală 642, după C.I.M.

Diagnosticul pozitiv în BMTC se susține pe asocierea criteriului serologic şi a criteriilor clinice.

- Investigații de laborator:

– dozarea autoanticorpilor anti-U_1 – RNP; hemoleucogramă; complement seric; factor reumatoid.

- biopsie cutanată şi musculară (în cazuri selecționate), capilaroscopie.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
BMTC în observație, în care predomină manifestările cutaneo-mucoase de tip fenomen Raynaud, asociat cu unele manifestări articulare de tip artrite	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în gradul III (trei) de invaliditate
BMTC în perioada activă, cu manifestări musculare, pulmonare şi cardiace	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate; se încadrează în gradul II (doi) de invaliditate
Este în funcție de gradul afectării organice (viscerale), asemănător celei observate în LES (cu apariție mai rară decât în acesta)	Deficiență funcțională **gravă**	90-100%	Pierderea totală a capacității de muncă şi de autoservire. Necesită îngrijire sau supraveghere din partea altei persoane

VIII. SINDROMUL SJOGREN (SS)

Diagnosticul sindromului Sjogren se susține pe criterii clinice şi pe examenul biologic.

- Investigații de laborator:

– VSH; hemoleucogramă; electroforeză; factor reumatoid; anticorpi antinucleari; crioglobuline; dozarea anticorpilor anti SS-A(Ro) şi anti SS-B(La); anti SS-C.

Manifestările respiratorii, gastrointestinale, cutanate, endocrine, neurologice, articulare, musculare, hematologice şi renale dau invalidități ca în S.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
SS cu manifestări oculare şi la nivelul glandelor salivare, la debut	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în **gradul III** de invaliditate
SS primar sau secundar cu manifestări respiratorii	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate; se încadrează în **gradul II** de invaliditate
SS primar sau secundar cu manifestări gastrointestinale, renale, **neurologice**, **musculare şi articulare**	Deficiență funcțională **gravă**	90-100%	Pierderea totală a capacității de muncă şi de autoservire. Necesită îngrijire sau supraveghere din partea altei persoane

IX. ARTRITELE MICROCRISTALINE ŞI DISMETABOLICE

IX.1. Guta – cod de boală 630 după, C.I.M.

Criterii pentru diagnosticul gutei (Criterii ARA, 1975):

- Investigaţii de laborator:
- VSH; acid uric; hemoleucogramă; lipide sanguine, glicemie etc.;
- Examen lichid sinovial;
- Examen radiologic.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcţional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Guta se manifestă clinic sub forma atacului acut de artrită	Deficienţă funcţională **uşoară**	20-49%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
Guta cronică tofacee	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate; se încadrează în **gradul III** de invaliditate
I. Guta în faza cronică, poliarticulară	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-79%	Pierdută în totalitate; se încadrează în **gradul II** de invaliditate
II. Guta sub formă pseudoflegmonoasă (mimând o inflamaţie supurativă)	Deficienţă funcţională **accentuată**	80-85 %	**Idem**
III: Guta cronică poliarticulară tofacee asociată cu diabetul zaharat, HTA, psoriazisul, nefropatie gutoasă	Deficienţă funcţională **accentuată**	85-89 %	**Idem**
Guta cronică poliarticulară cu anchiloză osoasă, aşa-numita artrită gutoasă anchilozantă la nivelul membrelor toracice şi pelvine	Deficienţă funcţională **gravă**	90-100%	Pierderea totală a capacităţii de muncă şi de autoservire. Necesită îngrijire sau supraveghere din partea altei persoane

IX.2. Condrocalcinoza (pseudo-guta) – cod de boală 630, după C.I.M.

Diagnosticul se susţine pe:

- Investigaţii de laborator;
- Examen lichid sinovial;
- Examen radiologic.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcţional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Condrocalcinoză în forma asimptomatică (dg. radiologic)	**Fără** deficienţă funcţională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
Condrocalcinoză în forma pseudo-gutoasă cu afectare monoarticulară	Deficienţă funcţională **uşoară**	20-49%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate.
I. Condrocalcinoză cu localizare la nivelul discurilor intervertebrale	Deficienţă funcţională **medie**	50-59%	Pierdută cel puţin pe jumătate; se încadrează în **gradul III** de invaliditate
II. Condrocalcinoză de tip pseudo-reumatoid (cu afectare poliarticulară	Deficienţă funcţională **medie**	60-69%	Idem
III. Condrocalcinoză de tip pseudoartrozic	Deficienţă funcţională **medie**		Idem
IV. Condrocalcinoză de tipuri combinate	Deficienţă funcţională **medie**		Idem

IX.3. ALTE ARTROPATII:

Artropatia cu cristale de hidroxiapatită

- Investigații de laborator: – VSH.
- Examen radiologic.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Calcificări periarticulare ale umărului	**Fără** deficiență funcțională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
Calcificări ale rahisului coloanei lombare			
Calcificările tendoanelor mușchiului fesier			

X. BOLI ARTICULARE DEGENERATIVE

X.1. Coxartroza – cod de boală 633, după C.I.M.

Diagnosticul se susține pe criterii clinice şi radiologice, cu absența modificărilor biologice:

- Examenul radiologic;
- Testare articulară (bilanț articular);
- R.M.N.;
- TC.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Coxartroze secundare polare superioare sau inferioare unilaterale. Diagnosticul coxartrozei este numai radiologic.	**Fără** deficiență funcțională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
Coxartroze primare, secundare sau post malformații protuzive unilaterale (coxa profunda de Gradul 1, 2, 3)	Deficiență funcțională **uşoară**	20-49%	Păstrată
Coxartroze primare sau secundare unilaterale post malformații congenitale coxo-femurale	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin pe jumătate; se încadrează în **gradul III** de invaliditate
Coxartroze primare sau secundare bilaterale post malformații congenitale coxo-femurale	Deficiență funcțională **accentuată**	70-79%	Pierdută în totalitate; se încadrează în **gradul II** de invaliditate

X.1.1. Coxartroze operate

Tehnicile operatorii folosite în prezent pentru coxartrozele primare sau secundare sunt:

– osteotomiile;
– artroplastiile.

În prezent sunt folosite:

– artroplastia cu endoproteză cefalică;
– artroplastia totală a şoldului.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Coxartroze primare sau secundare unilaterale operate recent (osteotomii şi artroplastii cu proteză totală cimentată şi necimentată)	Deficiență funcțională **medie**	50-59%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în **gradul III** de invaliditate

Coxartroze primare sau secundare unilaterale operate recent şi complicate prin tehnicile operatorii: a) perforarea fundului cotilului cu protuzia secundară sau luxaţia cupei; b) perforarea diafizei femurale; c) leziunea nervului sciatic sau femural; d) infecţiile postoperatorii.	Deficienţă funcţională **medie**	60-69 %	**Idem**
Complicaţiile tardive ale protezei totale de şold: a) decimentarea aseptică – osteoliza; b) fractura femurului localizată în 1/3 distală a tijei protezei sau la vârful său; c) degradarea pieselor femurale.	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate; se încadrează în **gradul II** de invaliditate
Coxartroze primare sau secundare bilaterale operate şi complicate prin tehnicile operatorii sau complicaţii tardive ale protezei totale de şold			

X.2. Gonartroza – cod de boală 634, după C.I.M.

Diagnosticul se susţine clinic şi radiologic.

- Investigaţii de laborator:
- VSH în formele active;
- Examen radiologic;
- Examen lichid sinovial;
- R.M.N.;
- Artroscopie genunchi; ecografie osteo-articulară.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcţional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Artroză incipientă femuro-patelară unilaterală secundară sau primitivă	**Fără** deficienţă funcţională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
I. Gonartroză secundară unilaterală posttraumatică sau primitivă unilaterală (de tipul artrozei femuro-patelare sau femuro-tibiale incipiente)	Deficienţă funcţională **uşoară**	20-29 %	**Idem**
II. Gonartroze primare sau secundare de tipul artrozei femuro-patelare unilaterale însoţite de laxitate genunchi unilateral (instabilitate laterală mică)	Deficienţă funcţională **uşoară**	30-49 %	**Idem**
I. Gonartroză primară sau secundară posttraumatică unilaterală, cu deviaţii axiale femuro-tibiale în plan frontal (*genu varum* sau *valgus*) sau dezaxare în plan sagital (genu flexum) decompensată algic	Deficienţă funcţională **medie**	50-59%	Pierdută cel puţin jumătate; se încadrează în **gradul III** de invaliditate
II. Gonartroză primară sau secundară unilaterală decompensată algic şi funcţional cu instabilitate a genunchiului lateral şi antero-posterior.	Deficienţă funcţională **medie**	60-69 %	**Idem**
I. Gonartroze bilaterale secundare posttraumatice sau primitive avansate cu dezaxare în plan frontal (*genu varum*) cu limitarea mobilităţii genunchilor progresivă (extensia, flexia) decompensate algic şi funcţional	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-79%	Pierdută în totalitate; se încadrează în **gradul II** de invaliditate
II. Gonartroze primare sau secundare bilateral cu sindrom de instabilitate a genunchiului laterală externă şi internă; antero-posterior bilateral, cu dezaxarea în plan frontal şi sagital	Deficienţă funcţională **accentuată**	80-89 %	**Idem**

X.3. Artrozele piciorului – cod de boală 635, după C.I.M.

Diagnosticul clinic se susţine pe manifestări radiologice. Nu sunt prezente modificări biologice.

- Examen radiologic;
- R.M.N.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
I. Artroză MTF a degetului mare (*hallux valgus*)	**Fără** deficiență funcțională	0-9%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
II. Artroză tarso-metatarsiană (Lisfranc) unilaterală sau bilaterală	**Fără** deficiență funcțională	10-19 %	Idem
I. Artroză MTF a degetului mare în faza de *hallux rigidus*, însoțită de sinovită secundară şi de bursită la nivelul exostozei capitometatarsiene bilateral	Deficiență funcțională **ușoară**	20-29 %	Idem
II. Artroză MTF a degetului al doilea unilateral sau bilateral	Deficiență funcțională **ușoară**	30-39 %	Idem
III. Artroza cuplului de torsiune (artroză subastragaliană şi artroză mediotarsiană) unilaterală	Deficiență funcțională **ușoară**	40-49 %	Idem
IV. Artroză secundară a cuplului de torsiune prin osteonecroză aseptică a capului astragalian sau a scafoidului unilateral	Deficiență funcțională **ușoară**		Idem
I. Artroza MTF a degetului al doilea, bilaterală, secundară unei osteonecroze capitometatarsiene (Freiberg – Kohler)	Deficiență funcțională **medie**	50-59%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în gradul III (trei) de invaliditate
II. Artroza cuplului de torsiune bilaterală, prin asocierea unei artroze subastragaliene cu o artroză mediotarsiană	Deficiență funcțională **medie**	60-69 %	Idem

X.4. Artrozele mâinii – cod de boală 635, după C.I.M.

Diagnosticul clinic se susține pe manifestările radiologice.
Investigații – examen radiologic.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
I. Artrozele interfalangiene distale (Heberden)	**Fără** deficiență funcțională	0-9%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
II. Artroze interfalangiene proximale (Bouchard)	**Fără** deficiență funcțională	10-19 %	**Idem**
I. Artroze secundare posttraumatice ale degetelor mâinii unilateral, cu redoare IF şi dezaxări	Deficiență funcțională **ușoară**	20-29 %	**Idem**
II. Rizartroza policelui uni- sau bilaterală (artroza trapezo-meta-carpiană)	Deficiență funcțională **ușoară**	30-39 %	**Idem**
III. Artroza erozivă a IF proximale şi distale cu puseuri inflamatorii, cu deformația degetelor şi dezaxări	Deficiență funcțională **ușoară**	40-49 %	**Idem**
Rizartroza policelui unilateral sau/ şi bilateral (artroza trapezometacarpiană) cu limitarea mobilității policelui cu deficit de prehensiune prin amiotrofia eminenței tenare şi subluxația primului MC şi fixarea lui în adducție şi antepoziție	Deficiență funcțională **medie**	50-59%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în **gradul III** de invaliditate

X.5. Spondilozele – cod de boală 648, după C.I.M.

X.5.1. Spondiloza cervicală (cervicartroza sau spondilodiscartroza cervicală)
Diagnosticul clinic se susține pe criterii clinice şi pe manifestări radiologice.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
I. Cervicalgia cronică	**Fără** deficiență funcțională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
II. Cervicalgia acută sau torticolisul acut			
III. Cefaleea cervicală: **a) forma occipitală (Nevralgia Arnold);** **b) forma occipito-temporo-maxilară;** **c) forma supraorbitară;**			
IV. Migrena cervicală – sindrom paroxistic caracterizat prin cefalee, grețuri, vărsături, tulburări oculare şi neurovegetative			

X.5.2. Spondiloza dorsală

Examenul radiologic susține diagnosticul de certitudine al spondilozei dorsale.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
I. Dorsalgia cronică	**Fără** deficiență funcțională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
II. Dorsalgia acută			
III. Nevralgia intercostală			

X.5.3. Spondiloza lombară

Diagnosticul clinic se susține pe criteriile clinice şi pe manifestări radiologice.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
I. Lombalgia cronică	**Fără** deficiență funcțională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
II. Lombalgia acută			
III. Sindromul trofostatic Pentru afectarea radiculară – vezi criteriile neurologice.			

XI. BOLILE ARTICULARE ABARTICULARE

XI.1. Bolile reumatismale abarticulare difuze

XI.1.1. Fibromialgia (fibrozita) – cod de boală 654, după C.I.M.

Diagnosticul pozitiv se susține pe criteriile stabilite de către H.A. Smythe, în anul 1985.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Fibromialgia (fibrozita) primară la debut	**Fără** deficiență funcțională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
Fibromialgia (fibrozita) primară cu o durată mai mare de 2-3 luni	Deficiență funcțională **uşoară**	20-49 %	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate

XI.1.2. Sindromul durerii miofasciale

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Sindromul durerii miofasciale din regiunea cervicală posterioară	**Fără** deficiență funcțională	0-19%	**Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate**

XI.2. Bolile reumatismale abarticulare localizate

XI.2.1. Periartrita scapulohumerală – cod de boală 658, după C.I.M.

Diagnosticul pozitiv se susține pe criterii clinice şi pe manifestări radiologice.

- Investigații de laborator;
- Examen radiologic;
- R.M.N.;
- TC;
- Ecografie.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
I. Sindromul de „acroşare“ unilateral determinat de o suferință a tendonului supraspinosului	**Fără** deficiență funcțională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
II. Tendinita degenerativă („sindromul supraspinosului“) unilaterală	**Fără** deficiență funcțională		
III. Tendinita calcifiantă şi bursita unilaterală	**Fără** deficiență funcțională		
Capsulită retractilă denumită şi umăr blocat unilateral	Deficiență funcțională **uşoară**	20-49 %	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
I. Capsulita retractilă – umăr blocat bilateral	Deficiență funcțională **medie**	40-49%	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în gradul III (trei) de invaliditate
II. Umăr pseudoparalitic unilateral – ruptura parțială a manşonului rotatorilor	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Idem
Umăr pseudoparalitic bilateral – ruptura totală a manşonului rotatorilor bilateral	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate; se încadrează în gradul II (doi) de invaliditate

XI.2.2. Periartrita coxofemurală

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Sindromul tensorului „fasciei lata“ (şoldul în „resort“)	**Fără** deficiență funcțională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
I. Bursita adductorilor	Deficiență funcțională **uşoară**	20-29 %	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
II. Bursita ileopectineală şi tendinita psoasului iliac			
III. Bursita trohanteriană			
IV. Periartrita coxofemurală subacută şi cronică		30-49 %	
V. Periartrita coxofemurală acută			

XI.2.3. Distrofia simpatică reflexă (DSR), sindromul algoneurodistrofic (SAND)

Diagnosticul pozitiv se susține după criteriile lui Kozin.

- Termografie;
- Examen radiologic;
- Scintigrafie osoasă.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
DSR a membrului superior, localizat la umăr sau la mână, în forme uşoare posttraumatice	**Fără** deficienţă funcţională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
DSR a membrului superior sau inferior unilateral, cu localizări diverse în stadiul I de evolutivitate în formă moderată	Deficienţă funcţională **uşoară**	20-49 %	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
I. DSR la membrul superior sau pelvin unilateral stadiul II (din punct de vedere al evoluției), cu localizări diverse	Deficienţă funcţională **medie**	50-59 %	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în **gradul III** de invaliditate
II. DSR localizat la umăr (umăr blocat, capsulită retractilă) sau sindrom umăr – mână stadiul II de evoluție			
III. DSR genunchi – picior stadiul II de evoluție, unilateral		60-69 %	Idem
IV. DSR la nivelul membrului superior sau inferior, unilateral, în stadiul III de evoluție, formă severă			
I. DSR localizat la mână, stadiul III de evoluție, bilateral; sau la şold bilateral; sau la gambe bilateral	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-79 %	Pierdută în totalitate. Se încadrează în **gradul II** de invaliditate.
II. DSR la nivelul membrului superior sau inferior bilateral, în stadiul III de evoluție, în formă severă, cu localizări diverse			

XI.2.4. Boala Dupuytren – cod de boală 660, după CIM.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Boala Dupuytren în faza de debut sub forma de noduli rotunzi sau ovoizi în regiunea palmară	**Fără** deficienţă funcţională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
I. M. Dupuytren în faza de noduli în regiunea palmară însoțită de o limitare a extensiei degetelor III - IV - V unilateral	Deficienţă funcţională **uşoară**	20-29 %	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
II. M. Dupuytren în faza de aderare a aponevrozei palmare de tegumente supraiacente şi subiacente şi limitarea accentuată a extensiei degetelor III - V, cu redoare în flexie	Deficienţă funcţională **uşoară**	30-49 %	Idem
III. M. Dupuytren uni- sau bilateral în faza de redoare în flexie a degetelor IV - V şi afectarea degetului III	Deficienţă funcţională **uşoară**	50-59 %	Idem
M. Dupuytren unilaterală în faza de fibroză retractilă, cu redoare în flexie a degetelor II - III - IV - V, nereductibilă, cu fixare în flexie a policelui	Deficienţă funcţională **medie**	60-69 %	Pierdută cel puțin jumătate; se încadrează în **gradul III** de invaliditate
I. M. Dupuytren bilaterală în faza de fibroză retractilă, cu redoare în flexum a degetelor II - III - IV - V bilaterală, nereductibilă, cu fixare în flexie a policelui	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-79 %	Pierdută în totalitate. Se încadrează în **gradul II** de invaliditate
II. M. Dupuytren bilaterală asociată cu boala Ledderhose bilaterală, în faza evolutivă, cu picior boltit bilateral	Deficienţă funcţională **accentuată**	80-89%	Idem

XI.2.5. Boala Ledderhose

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
Boala Ledderhose în faza de debut, cu îngroşarea nodulară a aponevroziei plantare unilateral pe marginea internă a piciorului	**Fără** deficienţă funcţională	0-19%	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
Boala Ledderhose în faza de îngroşare nodulară a aponevrozei plantare bilateral	Deficienţă funcţională **uşoară**	20-49 %	Păstrată. Nu se încadrează în grad de invaliditate
Boala Ledderhose bilaterală în faza evolutivă, cu picior boltit bilateral	Deficienţă funcţională **medie**	50-69 %	Pierdută cel puţin jumătate; se încadrează în **gradul III** de invaliditate
B. Ledderhose bilaterală în faza evolutivă asociată cu M. Dupuytren bilaterală, în faza de fibroză retractilă cu redoare în flexum a degetelor II - III - IV - V bilaterală, nereductibilă, cu fixarea policelui în flexie	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89 %	Pierdută în totalitate. Se încadrează în **gradul II** de invaliditate

10. AFECȚIUNI NEUROLOGICE

TRAUMATISMELE CRANIENE

Traumatismele craniene şi leziunile traumatice ale măduvii spinării apar deseori împreună, frecvența cea mai mare fiind cauzată de accidentele de circulație.

Sechelele neuropsihice după traumatismele craniene

După traumatismele uşoare, majoritatea pacienților se recuperează total. Există probabil o incidență mare a tulburărilor de atenție şi a deficitelor minore de memorie şi ale altor funcții după traumatismele medii şi severe; după cele uşoare se reţin frecvent: oboseală, ameţeli, cefalee, dificultăți de concentrare – manifestări care se încadrează în ceea ce numim sindrom postcomoțional.

În traumatismele moderate şi severe, tulburările neuro-psihice apar în mod obişnuit; deseori, explorările evidențiază deficite care nu sunt importante pentru activitatea obişnuită a creierului. Rezultatele testelor tind să se îmbunătățească rapid în primele 6 luni după traumatism şi mai lent în ani de zile.

Pentru expertiza medicală a capacității de muncă şi respectiv pentru aprecierea incapacității adaptative şi încadrarea corespunzătoare în grad de invaliditate, importante sunt sechelele rămase în urma TCC după o perioadă începând cu 6 luni şi mergând până la 8-12 luni, perioadă considerată necesară pentru recuperare; sechelele rămase ulterior sunt ori definitive, ori au o evoluție lentă de ameliorare în ani de zile (în funcție de gravitatea sechelelor).

Aprecierea deficienței funcționale după clasificarea TCC în:

1. **TCC minore –** simptomatologie minimă: cefalee, lipotimie, greață; ± vărsături; ± dificultăți de concentrare, uşoară încețoşare a vederii; ± amnezie pentru o scurtă perioadă de timp în jurul impactului. Radiografie craniu ± la majoritatea bolnavilor nu arată modificări. ***CT*** şi ***IRM*** nu sunt necesare decât dacă semnele clinice sugerează că impactul a fost sever, sau dacă ulterior apare o agravare progresivă clinică după un interval liber de ore-zile-săptămâni, care se poate datora unui hematom intracranian subacut/ cronic post-traumatic (care mai ales la vârstnici se poate dezvolta şi după un TCC minor, din cauza fragilității peretelui vascular). În cazul TCC acute sunt necesare suplimentar examene CT, sau RMN ± EEG.
2. **TCC de severitate medie** – simptomatologia: scăderea capacității de concentrare, lentoare în gândire, uneori dezinteres; ± tulburări de vedere (tip deficite: hemianopsie, ambliopie), ± tulburări de auz (hipoacuzie); ± tulburări de miros (anosmie); ± tulburări de mers şi manipulație de tip monopareze brahiale sau crurale, sau fruste hemipareze; ±crize de pierderea conştienței; **toate acestea constituindu-se în sechele TCC la cel puțin 6-12 luni.**
3. **TCC severe** – simptomatologie: tulburări accentuate psihice; pierderi accentuate de memorie cu performanțe slabe retrograde şi anterograde; irascibilitate, dezinteres; tulburări accentuate de concentrare; ± tulburări de mers şi manipulație în asociere cu deficite motorii de tip hemipareză; hemiplegie, tulburări de vorbire tip afazie mixtă ± tulburări date de afectarea nervilor cranieni; ± crize comițiale; ± sindroame diskinetice.
4. **TCC grave, ce duc la *sechele definitive:*** lipsă mare de substanță osoasă craniană post operatorie; volete mari, hemiplegii; paraplegii; tetratraplegii, tulburări psihice severe, crize comițiale frecvente, tulburări de vorbire, tulburări sfincteriene permanente. Simptomatologia poate duce la diagnostice grave: sindroame psihoorganice deteriorative până la demență posttraumatică.

Traumatismele craniene

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcţional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
TCC minore	Deficienţă **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
TCC de severitate medie	Deficienţă **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
TCC severe	Deficienţă **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
TCC grave, ce duc la sechele definitive	Deficienţă **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducţie şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

TRAUMATISMELE ŞI ALTE AFECŢIUNI ALE MĂDUVEI SPINĂRII

Majoritatea leziunilor măduvei sunt rezultatul leziunilor provocate de fractură, dislocaţie sau ambele, la nivelul coloanei vertebrale, precum şi de leziunile vasculare intramedulare secundare impactului traumatic.

Multe leziuni ale măduvei spinării sunt detrminate de fenomenele secundare din minutele şi orele de după producerea traumatismului.

Ca şi în cazul TCC, şi în cazurile de fracturi ale coloanei vertebrale şi de leziuni ale măduvei spinării **se vor aprecia numai sechelele definitve** în stabilirea capacităţii de muncă şi respectiv a incapacităţii adaptative pentru încadrarea corespunzătoare în grad de invaliditate.

Evaluarea completă a afecţiunilor medulare necesită o examinare atentă completă, teste de laborator incluzând IRM, scanarea prin tomografia computerizată (TC), mielografia, analiza LCR**,** examen electroneurofiziologic (electroneurografie şi electromiografie) şi răspunsurile evocate somato-senzitive.

Alte afecţiuni ale măduvei spinării

Bolile măduvei spinării sunt frecvent debilitante, producând invaliditate neurologică permanentă şi severă. Leziunile pot produce tetraplegie, paraplegie, monoplegii şi deficite senzoriale, tulburări sfincteriene etc.

Evaluarea completă a afecţiunilor medulare necesită o examinare atentă completă, teste de laborator incluzând IRM, scanarea prin tomografia computerizată (CT), mielografia, analiza LCR, examen electroneurofiziologic (electroneurografie şi electromiografie) şi răspunsurile evocate somato-senzitive.

Clasificare:

- Mielopatiile neoplazice necompresive, inflamatorii, infecţioase, toxice, degenerative, mielopatiile din afecţiunile metabolice, carenţiale
- Infarctele măduvei spinării
- Hematomielia
- Malformaţiile vasculare ale măduvei spinării
- Stenoza lombară
- Siringomielia
- Tabesul dorsal.

Diagnosticul funcţional, incapacitatea adaptativă şi respectiv capacitatea de muncă şi încadrarea în grad de invaliditate se vor aprecia conform tabelului de la T.V.M.

Traumatisme şi alte afecțiuni ale măduvei spinării

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
TVM prin compresie spinală parțială – realizând de obicei un sindrom de hemisecțiune medulară progresivă (sindrom Brown-Séquard) şi deseori atipică.	Deficiență **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
TVM prin compresie spinală parțială – care evoluează cu instalarea de hemipareză ± tulburări de sensibilitate contralaterale, sau parapareze ± tulburări sfincteriene	Deficiență **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
TVM prin compresie spinală totală (apare prin accentuarea tulburărilor prezentate mai sus care tind la o secțiune totală medulară cu: paraplegie cu tulburări sfincteriene grave, sau tetraplegie	Deficiență **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

Procesele expansive intracraniene

Prin proces expansiv intracranian se înțelege orice proces înlocuitor de spațiu, indiferent de natura sa: tumori, revărsate sangvine (hematoame), malformații vasculare expansive, procese inflamatorii expansive (abcese, tuberculoame, gome), parazitoze, pseudotumori.

Tumorile primitive iau naştere în interiorul meningelui, al parenchimului cerebral.

Tumorile secundare iau naştere la pacienții cu un neoplasm primar cu altă localizare, mai rar chiar cerebral, anterior diagnosticat sau nu (adesea primele manifestări clinice sunt determinate direct de metastazele cerebrale, tumora primară fiind identificată sau nu ulterior), uneori aflați în tratament pentru un cancer sistemic.

Tumorile primare pot fi: benigne sau maligne.

Diagnostic clinic

- cefaleea este frecvent întâlnită, dar ea poate lipsi în 10% dintre cazuri;
- sindromul de HIC (la 40-80% dintre cazuri) – cefalee, grețuri, vomismente, stază papilară, tulburări psihice, semne de iritație meningeală, pareze de occulomotori, tulburări vestibulare;
- semnele neurologice de focar, reflectând sediul anatomic particular al tumorii.

Investigații paraclinice

- EEG arată modificări în proporție de 50%;
- examenul radiografic simplu – arată modificări în proporție de 40%;
- examen FO, CT, IRM.

Pentru aprecierea deficitului funcțional, a incapacității adaptative şi respectiv a capacității de muncă, pentru o corectă încadrare în grad de invaliditate a acestei categorii de bolnavi, se vor contabiliza toate manifestările clinice neurologice generate de locul şi mărimea tumorii, gradul de compresie pe structurile învecinate, gradul de malignitate, tulburările psihice generate.

Procesele expansive intracraniene (PEIC)

Diagnostic clinic	Diagnostic funcțional	Incapacitate adaptativă	Capacitatea de muncă	Grad de invaliditate
Procesele expansive intracraniene operate				
- PEIC operate se apreciază în funcție de natura lor (benigne, maligne), de localizare, tulburări neurologice (leziuni de focar, tulburari cognitive) ± crize comițiale, ± tulburări psihice - PEIC la care postoperator nu au rămas sechele neurologice obiective, natura tumorii a fost benignă, evoluția şi prognosticul sunt bune (ex. hematoamele, abcesele, anevrisme); se va ține cont de timpul scurs de la intervenția chirurgicală.	Deficiență **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate

PEIC la care postoperator a rămas o simtomatologie clinică cu cefalee reziduală cvasipermanentă, crize comiţiale parţiale sau grand mal, cu frecvenţă medie, deficite motorii de intensitate medie, tulburări cognitive de intensitate medie ± tulburări psihice de intensitate medie	Deficienţă **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
PEIC la care postoperator rămân deficite motorii accentuate: hemipareze, tulburări multiple din partea nervilor cranieni, ± crize comiţiale parţiale sau grand malfrecvente, tulburări de limbaj şi de vorbire de la dizartrie până la afazie mixtă, tulburări cognitive severe ± tulburări psihice de intensitate accentuată	Deficienţă **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
PEIC la care postoperator rămân sechele definitive grave: hemiplegii, tetraplegii, paraplegii, tulburări grave de limbaj, de vorbire, tulburări cognitive severe, paralizii sau pareze de nervi cranieni multiple, crize comiţiale frecvente, tulburări sfincteriene, tulburări psihice grave	Deficienţă **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducţie şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**
Procesele expansive intracraniene neoperate				
PEIC neoperate sau neoperabile, verificate prin examen CT, IRM, angiografic (ependimoame, tumori infiltrative de trunchi cerebral, nuclei bazali, anevrisme profunde etc) Încadrarea în grad de invaliditate se apreciază în funcţie de simptomatologia clinică subiectivă, semnele obiective neurologice, evolutivitate, prognostic, gradul afectării nervilor cranieni, deficite motorii, tulburări de limbaj, de vorbire, tulburări cognitive, tulburări de sensibilitate, ± crize comiţiale, ± tulburări psihice. PEIC fără sechele neurologice obiective, natura tumorii este benignă, evoluţia şi prognosticul sunt bune (ex. hematoamele, ependinoame, hemangioame etc.).	Deficienţă **uşoară**	20- 49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
PEIC simptomatice, cu cefalee cvasipermanentă, crize comiţiale parţiale sau grand mal, cu frecvenţă medie, deficite motorii de intensitate medie, tulburări cognitive de intensitate medie ± tulburări psihice de intensitate medie.	Deficienţă **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
PEIC însoţite de deficite motorii accentuate: hemipareze, tulburări multiple din partea nervilor cranieni, ± crize comiţiale parţiale sau grand mal frecvente, tulburări de limbaj şi de vorbire de la dizartrie până la afazie mixtă, tulburări cognitive severe ± tulburări psihice de intensitate accentuată.	Deficienţă **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
PEIC însoţite de sechele definitive grave: hemiplegii, tetraplegii, paraplegii, tulburări grave de limbaj, de vorbire, tulburări cognitive severe, paralizii sau pareze de nervi cranieni multiple, crize comiţiale frecvente, tulburări sfincteriene, tulburări psihice grave.	Deficienţă **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducţie şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

Paralizii cerebrale

Definiție: sindroame de handicap motor, neprogresive, care se caracterizează clinic prin deficit locomotor şi tulburări de postură apărute ca urmare a lezării creierului imatur.

Forme clinice

A. Spastică
– Diplegia spastică
– Hemiplegia spastică
– Tetraplegia spastică
– Monoplegia spastică
B. Diskinetică
A. Ataxică
D. Atonă
E. Mixtă
* Din punct de vedere al gravității, se împart în:
– severă
– medie
– uşoară

Diagnostic

– **clinic** – formele de prezentare
– **paraclinic**

1. CT – identifică malformațiile congenitale, hemoragii intracraniene, leucomalacia periventriculară;
2. IRM – de elecție – identifică structurile cortexului şi ale substanței albe; permite aprecierea mielinizării pentru o anumită vârstă;
3. EEG la pacienții cu epilepsie;
4. probe electrofiziologice pentru diagnostic diferențial;
5. teste metabolice sau genetice pentru diagnostic diferențial, atunci când este posibil.

Paralizii cerebrale (se vor lua în considerare şi afectarea cognitivă şi epilepsia asociate)

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Paralizii cerebrale spastice				
Formele uşoare – hipertonie la nivelul membrelor inferioare cu ROT vii, fără crize comițiale şi cu dezvoltare psihică normală.	Deficiență **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
Formele medii – sindrom bipiramidal; ± tulburări de vorbire (dizartrie, bradilalie); ± tulburări de vedere – strabism, nistagmus, atrofie optică; ± crize de epilepsie foarte rare (una-două pe an)	Deficiența **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
Forme severe – hemipareze sau paraparеze; ± retard mental uşor; ± tulburări de vorbire de aspect disfazic; ± crize de epilepsie controlate prin tratament anticonvulsivant	Deficiența **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
Formele severe – paraplegie sau tetraplegie; ± retard psihic important; ± crize de epilepsie frecvente sub tratament anticonvulsivant	Deficiență **gravă**	90 –100%	Capacitatea de muncă, autoconducție şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**
Paraliziile cerebrale diskinetice				
Forme cu sindrom extrapiramidal de tip spasm de torsiune; ± torticolis spasmodic; ± retard mental uşor sau coreo-atetoza bilaterală, mai evident la membrele superioare, tulburări de vorbire, tulburări psihice, diferite grade de întârziere mintală; ± surditate de intensitate medie	Deficiență **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**

Forme diskinetice care prin sechelele respective împiedică desfăşurarea normală a activităţii profesionale.	Deficienţă **accentuată**	70-89%	în totalitate pierdută	**Gradul II**
Formele severe – diskinetice severe cu imposibilitatea mersului şi autoservirii; ± retard psihic important; ± crize de epilepsie frecvente sub tratament anticonvulsivant	Deficienţă **gravă**	90 –100%	Capacitatea de muncă, autoconducţie şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**
Paralizii cerebrale ataxice				
Forma ataxică – ortostatism cu baza lărgită, mers ebrios asociind sau nu titubaţie, tulburări de coordonare – hipometrie/ hiper/ adiadococinezie – vorbire sacadată. Dezvoltare psihică normală.	Deficienţă **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
	Deficienţă **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
Simptomatologie de gravitate diferită ce poate merge până la împiedicarea desfăşurării unei activităţi profesionale normale	Deficienţă **severă**	70-89%	75% pierdută	**Gradul II**
	Deficienţă **gravă**	90-100%	100% pierdută	**Gradul I**
Paralizii cerebrale atone				
Formele uşoare – hipotonie la nivelul membrelor inferioare cu ROT vii, fără crize comiţiale şi cu dezvoltare psihică normală.	Deficienţă **uşoară**	20-49%	Păstrată	nu se încadrează în grad de invaliditate
Formele medii – hipotonie moderată bilaterală cu ambulaţie păstrată; ± tulburări de vorbire (dizartrie, bradilalie); ± tulburări de vedere – strabism, nistagmus, atrofie optică; ± crize de epilepsie foarte rare (una-două pe an)	Deficienţă **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
Formele severe – ambula□ie posibilă cu ajutor ± retard mental uşor ± tulburări de vorbire de aspect disfazic; ± crize de epilepsie controlate prin tratament anticonvulsivant	Deficienţă **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
Formele grave – imposibilitatea mişcării sau mişcări reduse; ± retard psihic important; ± crize de epilepsie frecvente sub tratament anticonvulsivant	Deficienţă **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducţie şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**
Paralizii cerebrale mixte				
– asociază deficite motorii + s. extrapiramidale în diferite grade de severitate + s. cerebelos (ataxie)	Deficienţă **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
	Deficienţă **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
Formele cu sechele neurologice definitive care prezintă în plus tulburări psihice incompatibile cu desfăşurarea unei activităţi profesionale normale sau cu integrarea socială a bolnavului	Deficienţă **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducţie şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

BOALA VASCULARĂ CEREBRALĂ

1. AIT carotidian
2. AIT vertebrobazilar

AIT carotidian – se stabileşte prin semne clinice: deficite motorii focale, tulburări de limbaj, de vorbire, tulburări de vedere (cecitate monoculară, amauroză tranzitorie, hemianopsie), care se remit complet fără să lase sechele şi care nu se însoţesc de leziuni noi pe un examen IRM cerebral; adesea au tendinţa la repetabilitate. Este o urgenţă medicală, deoarece într-o proporţie mare preced instalarea unui infarct cerebral definitiv. Diagnosticul clinic se stabileşte pe baza documentelor medicale ce atestă un AIT, dar există certitudinea factorilor predispozanţi, favorizanţi, determinanţi (HTA, diabet zaharat, modificări de ateroscleroză la examenul FO, modificări la examenul eco-Doppler al arterelor cervico-cerebrale; este necesar şi un examen IRM cerebral pentru depistarea eventualelor infarcte cerebrale silenţioase şi/ sau unor leziuni abiotrofice cerebrale), ± ecocardiografie (transtoracică ± transesofagiană). În cazul suspiciunii de stenoză arterială care ar necesita tratament intervenţional: angiografie cerebrală cu contrast intra-arterial.

AIT vertebrobazilar

Diagnosticul clinic se pune pe baza documentelor medicale care atestă existența unuia sau mai multor episoade de boală, fiecare dintre ele cu o durată de la câteva minute până la câteva ore, cu tendință la repetabilitate. Se manifestă prin deficite motorii: hemipareze, parapareze, drop-attack-uri, sindroame cerebeloase, tulburări obiective de sensibilitate, ataxii non-cerebeloase, sindroame vestibulare obiective, hemianopsii, cecitate tranzitorie, amnezie globală tranzitorie, dezorientare vizuo-spațială, sindroame confuzionale, sindroame de nervi cranieni în diverse combinații; tulburări de vorbire.

Examenele paraclinice necesare: IRM cerebrală, examen FO, examen eco-Doppler pe arterele cervico-cerebrale, în particular pe arterele vertebrale şi pe trunchiul bazilar şi ramurile sale (examen Doppler transcranian), EKG, EEG, ± ecocardiografie (transtoracică ± transesofagiană), examen de laborator (pentru stabilirea stigmatelor organice). În cazul suspiciunii de stenoză arterială care ar necesita tratament intervențional: angiografie cerebrală cu contrast intra-arterial.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Stabilit conform datelor clinice şi paraclinice enunțate în text şi care relevă un singur AIT neverificat prin examene paraclinice şi de cele mai multe ori anamnestic	Deficiență **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
AIT- uri repetate verificate clinic şi paraclinic	Deficiență **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
AIT-uri repetate verificate clinic şi paraclinic – ca manifestare a aterosclerozei aa. cervico-cerebrale stenozante sau nu, a altei patologii de perete arterial, a unor embolii cardiace, mai ales în prezența unor factori de risc vascular ca: HTA, dislipidemie, obezitate, fumat, sindrom metabolic, diabet zaharat etc. şi factori favorizanți care pot agrava simptomatologia clinică	Deficiență **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**

ACCIDENTUL VASCULAR CEREBRAL ISCHEMIC CONSTITUIT (INFARCTUL CEREBRAL)

Diagnosticul clinic: AIC se manifestă prin deficite motorii de diverse forme, hemipareze, hemiplegii, parapareze, tulburări obiective de sensibilitate primară şi/ sau integrativă, ataxii, hemianopsii sau alte tulburări de vedere, manifestări din partea nervilor cranieni, tulburări de limbaj (sindroame afazice), de vorbire, tulburări de scris, de citit, de calcul, alterarea stării de conştientă până la stadiul de comă.

Investigații paraclinice: confirmarea leziunii trebuie făcută obligatoriu în urgență, conform ghidurilor de practică medicală printr-un examen imagistic cerebral: CT sau preferabil IRM (în diferitele sale variante structurale şi/ sau funcționale, cel puțin în stadiul acut).

Alte investigații paraclinice: eco-Doppler vase cervico-cerebrale extra şi transcranian, EKG, examen FO, examen ORL; în cazul suspiciunii de stenoză arterială care ar necesita tratament intervențional, se recomandă angiografie cerebrală cu contrast intra-arterial.

Diagnostic clinic	Diagnostic funcțional	Incapacitate adaptativă	Capacitatea de muncă	Grad de invaliditate
Entități nosologice cu evoluție favorabilă spre remisiune, de regulă totală, sau cu sechele minime (de ex. sindrom piramidal)	Deficiență **uşoară**	20-49%	Păstrată	nu se încadrează în grad de invaliditate
AIC cu sechele fruste – hemipareze crurale sau brahiale, discrete semne din partea nervilor cranieni, de postură	Deficiență **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**

AIC cu sechele definitive, importante, de exemplu: hemipareze, pareze de nervi cranieni, tulburări de limbaj (afazie senzitivă sau motorie), alexii, dislexii, acalculie, tulburări cognitive, tulburări de sensibilitate de tip talamic, disociație de tip sirigomielic, tulburări de sensibilitate profundă, ± tulburări psihice	Deficiență **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
AIC cu sechele grave definitive şi ireversibile de tip motor (hemiplegii, tetraplegii, tetrapareze), tulburări de limbaj (afazie mixtă), hemianopsie, ataxie importantă, tulburări severe de sensibilitate (mai ales proprioceptivă), tulburări de integrare vizuo-spațială, tulburări cognitive, demență, tulburări sfincteriene, ± tulburări psihice care necesită nursing	Deficiență **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

HEMORAGIA SUBARAHNOIDIANĂ

Diagnosticul clinic se pune pe baza următoarelor elemente: cefaleee intensă, semne meningeale intens pozitive, fotofobie, vărsături, uneori afectări din partea nervilor cranieni, în special perechea a III-a, a VI-a, toată această simptomatologie putând uneori evolua spre stare de comă. Cauza cea mai frecventă o reprezintă anevrismele sau malformațiile arterio-venoase intracraniene rupte.

Examinări paraclinice: Prima investigație de urgență este examenul CT cerebral, care evidențiază prezența sângelui (hiperdens) în spațiul subarahnoidian; dacă examenul CT nu evidențiază modificări patologice, nu se poate infirma suspiciunea de HSA, şi doar în această situație se va face examenul LCR (xantocrom), după ce în prealabil s-a facut examen de FO; opțional: IRM, EEG, examen oftalmologic; dacă starea de conştiență a bolnavului este păstrată, se face în primele zile de la debut angiografie cerebrală de 4 vase cu contrast prin cateterism arterial (pentru depistarea malformaților cerebrale eventuale), probe biologice (glicemie, sodiu, uree, creatinină – în ser) ce pot orienta spre etiologia şi complicatiile bolii. Evoluția poate fi favorabilă cu remisiunea semnelor clinice şi paraclinice după aproximativ 3 săptămâni-1 lună. Dacă hemoragia nu a fost determinată de ruperea unei malformații vasculare, sau între timp s-a facut tratamentul de excludere a acesteia (chirurgical sau endovascular) prognosticul este favorabil. Dacă evoluția este prelungită peste această perioadă şi în plus apar complicații cu stare comatoasă, semne de focar şi/sau depistarea de malformații cerebrale vasculare, prognosticul este rezervat.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
HSA – formele cu evoluție favorabilă şi sechele minime: cefalee, vertij, astenie fizică, ± tulburări psihice minime	Deficiență **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
HSA – formele cu evoluție prelungită mai mult de 1 lună, cu etiologie bine determinată ce ar predispune la repetarea episodului acut (HTA std.II/III, malformații vasculare cerebrale, colagenoze, diabet zaharat)	Deficiență **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
HSA – forme cu evoluție gravă şi prelungită cu persistența de sechele chiar minime (sindrom piramidal, sindrom cerebelos, afectare de nervi cranieni) cu posibilitate mare de repetare a sângerării în cazurile în care etiologia este certă (malformație vasculară cerebrală, colagenoze, boala moya-moya), diagnosticate cu certitudine CT/ RMN, angiografic.	Deficiență **accentuată**	70-89%	în totalitate pierdută	**Gradul II**

*** HSA** nu evoluează cu sechele ireversibile grav invalidante care să necesite supraveghere şi îngrijire permanentă din partea altei persoane, deci, gradul I de invaliditate.

HEMORAGIA CEREBRALĂ INTRAPARENCHIMATOASĂ

Diagnosticul clinic se stabileşte pe baza unor manifestări specifice: debut brusc, adesea în stare de sănătate aparentă la un bolnav cu antecedente de boală hipertensivă, diabet zaharat, colagenoze, malformaţii vasculare cerebrale cunoscute sau nu**,** obezitate şi alţi factori predispozanţi sau favorizanţi (consum cronic de alcool etc.). Debutul este caracterizat de cefalee uneori foarte puternică şi stare de comă cu respiraţie stertoroasă şi semne de focar (hemiplegii, suferinţă de trunchi cerebral, paralizii ale nervilor cranieni, frecvent perechile III-VI), febră înaltă, tulburări neurovegetative severe, hipertensiune arterială, bradicardie.

Examene paraclinice: obligatoriu în urgenţă la internare se va face CT cerebrală/ sau IRM cerebrală; numai dacă acestea nu sunt posibile, se face examen LCR (hemoragic) şi examen EKG.

Hemoragiile cerebrale cu inundaţie ventriculară evoluează de regulă grav, conducând aproape întotdeauna la exitus**.** Sunt însă multe situaţii de efracţie a sangelui în sistemul ventricular cu evoluţie favorabilă, prin evacuare spontană a sângelui, atâta timp cât nu blochează căile de drenaj al LCR, situaţie care se complică cu hidrocefalie hipertensivă acută/subacută şi creşterea mortalităţii dacă nu se poate interveni chirurgical pentru drenaj ventricular extern.

În cazul hemoragiilor intraparenchimatoase, evoluţia poate fi favorabilă în funcţie de focarul hemoragic, megând spre remisiunea parţială a semnelor clinice, de regulă existând sechele invalidante definitive.

Diagnostic clinic	Diagnostic funcţional	Incapacitate adaptativă	Capacitatea de muncă	Grad de invaliditate
HC – cazurile în care diagnosticul a fost de certitudine (CT sau RMN, examen LCR), iar evoluţia a fost favorabilă cu sechele minime neurologice (cazuri rare)	Deficienţă **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate)
HC – cazurile cu diagnosticul clinic de certitudine, etiologie bine precizată, cu sechele minime, care se apreciază la circa 6 luni de la debut şi pot să fie: tulburări de coordonare, tulburări din partea nervilor cranieni (perechile II, III, IV, VI, VII), tulburări motorii fruste, tulburări minime de limbaj; se va ţine seama şi de gravitatea factorilor etiologici (HTA, diabet zaharat, malformaţii vasculare, colagenoze), precum şi de alţi factori predispozanţi/ favorizanţi.	Deficienţă **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
HC – formele cu diagnostic clinic şi paraclinic de certitudine şi care prezintă sechele invalidante, rareori reversibile, ca: hemipareze, hemianopsie, ataxie importantă, pareze sau paralizii de nervi cranieni, tulburări de limbaj şi de vorbire, de scris, de citit, de calcul, tulburări cognitive, tulburări de sensibilitate de aspect talamic, disociaţie siringomielică, tulburări de sensibilitate profundă, ± tulburări psihice.	Deficienţă **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
HC – formele cu diagnostic clinic şi paraclinic de certitudine cu evoluţie şi prognostic nefavorabil, cu sechele invalidante definitive: hemiplegii, hemianopsie, ataxie importanta, tulburări severe de sensibilitate (mai ales proprioceptivă), tulburări de integrare vizuo-spaţială, paralizii de nervi cranieni, tulburări grave de limbaj de tip afazie mixtă, tulburări de scris, de calcul, citire, apraxii, agnozii, tulburări cognitive severe până la demenţă şi tulburări psihice grave.	Deficienţă **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducţie şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

ACCIDENTUL VASCULAR ISCHEMIC EMBOLIC

Din punct de vedere etiologic, presupune existența unei afecțiuni de bază emboligene: afecțiuni cardiace (fibrilație atrială, valvulopatii, risc emboligen post intervenții chirurgicale pe cord deschis, în special în cazul implantului de proteză valvulară metalică), intervenții chirurgicale în micul bazin etc.

Clinic, se manifestă prin deficite motorii de aspect hemipareză, monopareză, deficite de partea nervilor cranieni, tulburări de vorbire, tulburări de coordonare şi echilibru (v. mai sus INFARCTUL CEREBRAL).

Examenele paraclinice – trebuie să cuprindă obligatoriu analize de laborator, EKG, EEG, examen oftalmologic, ecografie cardiacă, examen CT cerebral, eventual angiografie cardiacă şi a vaselor.

Diagnostic clinic	Diagnostic funcțional	Incapacitate adaptativă	Capacitatea de muncă	Grad de invaliditate
AVC embolic remis în totalitate clinic şi cu sechele minore: frust sindrom piramidal, tulburări de echilibru, sau/şi tulburări ale CV minore; compensare cardiovasculară	Deficiență **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
AVC embolic la care se constată existența unor sechele ce permit manualitate şi locomoție cvasinormale sau cu sechele minime din partea nervilor cranieni, sindrom vestibular central, fără ataxie importantă, tulburări ale CV, dizartrie, fruste sindroame cerebeloase	Deficiență **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
AVC embolic în care sechelele sunt importante, generând deficite motorii (monopareze, hemipareze), sechele din partea nervilor cranieni, hemianopsii, sindrom cerebelos, sindrom vestibular, tulburări de sensibilitate profundă, ± tulburări psihice. La tabloul neurologic se asociază şi tulburări generale ale afecțiunilor cu risc emboligen.	Deficiență **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
AVC embolic cu evoluție şi prognostic nefavorabile, cu sechele definitive: hemiplegii, pareze/paralizii de nervi cranieni, tulburări grave de limbaj de tip afazie mixtă, tulburări de scris, de citit, calcul, ataxie importantă, apraxii, agnozii, ± tulburări psihice grave.	Deficiență **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

EPILEPSIILE

Epilepsia constituie o stare anormală a creierului, care se manifestă prin tulburări neuropsihice ce apar sub formă de paroxisme cu caracter recurent. Conținutul clinic al crizelor variază în raport cu valoarea funcțională a diverselor zone cerebrale cuprinse de paroxismul epileptic, el putând îmbrăca o gamă largă de manifestări: motorii, senzitive, senzoriale, vegetative sau psihice, care pot apărea izolat sau în diferite combinații.

Clasificarea epilepsiilor este şi în prezent o problemă deosebit de controversată; marea dificultate a clasificării diferitelor forme de epilepsie este determinată, printre altele, de numărul mare de fenomene cu caracter polimorf interesând sfera mentală şi neurovegetativă. Una dintre clasificările acceptate de către Liga Internațională contra epilepsiei şi, la noi, de către Ministerul Sănătății împarte, în mare, crizele de epilepsie astfel:

1. crize de epilepsie focală;
2. crize parțiale cu simptomatologie complexă;
3. crize de epilepsie generalizată;
4. crize de epilepsie hemigeneralizate;
5. crize de epilepsie de formă particulară (greu de clasificat);
6. stările de rău epileptic.

Diagnosticul clinic este susţinut pe anamneză, făcută atât bolnavului, cât şi aparţinătorilor, care confirmă stările paroxistice de pierdere a conştienţei, durata lor, tipul de criză, aspectul, frecvenţa, manifestările postcritice şi existenţa unor tulburări psihice; este susţinut, de asemenea, de biletele de ieşire din serviciul de neuropsihiatrie care reprezintă de fapt în expertiză documentul clinic de confirmare clinică a bolii; se vor lua în considerare antecedentele heredocolaterale, antecedentele patologice personale, ca şi istoricul bolii.

Investigaţii paraclinice: EEG, simplu şi cu activare (hiperpnee, SLI ± activări farmacologice, cu mare prudenţă în servicii specializate), video-EEG (când EEG standard nu este relevant) CT sau IRM cerebrală (este de preferat examenului CT, dacă se poate face de primă intenţie, raportul cost/ beneficiu diagnostic fiind net mai mare).

În aprecierea IA şi respectiv a capacităţii de muncă este necesar de stabilit cu certitudine diagnosticul clinic, tipul de criză, frecvenţa crizelor sub tratament anticonvulsivant, durata crizelor, manifestările post-critice, intensitatea tulburărilor psihice. După o evoluţie de ani de zile, sunt numeroase cazurile în care, deşi frecvenţa crizelor este medie, gradul tulburărilor psihice intercritice poate fi de intensitate accentuată, situaţie în care deficienţa funcţională globală poate fi accentuată.

Diagnostic clinic	Diagnostic funcţional	Incapacitate adaptativă	Capacitatea de muncă	Grad de invaliditate
Formele de epilepsie cu evoluţie favorabilă sub tratament anticonvulsivant în care frecvenţa crizelor este rară (1 criză la 2-3 luni), se vor face recomandări riguroase privind regimul de viaţă, locul de muncă corespunzător contraindicaţiilor medicale specifice (siguranţa circulaţiei, surse de apă şi de foc, agregate în mişcare, înălţime etc.)	Deficienţă **uşoară**	20-49%	Păstrată	nu se încadrează în grad de invaliditate
Formele de epilepsie ce prezintă crize generalizate, convulsive sau akinetice, cu frecvenţa de 1-2 crize/lună, sau 1-2 crize parţiale/săptămână sub tratament anticonvulsivant şi/sau prezenţa unor tulburări psihice intercritice specifice de intensitate medie	Deficienţă **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
Formele de epilepsie ce prezintă crize generalizate convulsive cel puţin 2-3/lună, sau crize parţiale > 2/3săptămână sub tratament anticonvulsivant şi sunt prezente manifestări psihice specifice intercritic cu intensitate accentuată	Deficienţă **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
Formele de epilepsie în care crizele generalizate şi/ sau parţiale sunt frecvente, cu stări postcritice prelungite, sau stări subintrante frecvente ce necesită perioade mari de spitalizare şi supra-veghere în special din cauza tulburărilor psihice grave (diagnosticate de serviciul de psihiatrie), care pun în pericol viaţa bolnavului sau a anturajului. Astfel de cazuri sunt rare; ele denotă, în special, un tratament inadecvat, consum cronic de alcool	Deficienţă **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducţie şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

AFECŢIUNILE GANGLIONILOR BAZALI ŞI ALE SISTEMELOR MOTORII DIN SNC

Principalele afecţiuni incluse în această categorie sunt:

I. Boala Parkinson şi sindroamele parkinsoniene
II. Coreea acută Sydenham
III. Coreea cronică Hungtington
IV. Alte sindroame coreice: congenitale, metabolic-endocrine, toxice, vasculare, traumatice şi degenerative
V. Boala Wilson (Degenerescenţa hepatolenticulară)
VI. Balismul (hemibalism, monobalism, bibalism)
VII. Distonii primare (*cele mai multe sunt boli genetice neurochimice*) şi secundare (*postAVC, post-traumatice, postencefalitice, în boli metabolice genetice, în boli prionice, medicamentoase ş.a*)
a. Distonii generalizate şi semigeneralizate (ex. spasmul de torsiune, camptocormia ş.a.)

b. Distonii focale şi segmentare:
   i. craniene: blefarospasm, paraspasm facial, hemispasm facial distonic, sindromul Meige, strabism distonic, distonia limbii ş.a.
   ii. cervicale: distonii cervicale (torticolis spasmodic, laterocolis, retrocolis, antecolis), tremor distonic al capului, disfonia distonică, distonia muzicienilor care cântă la instrumente de suflat etc.
   iii. ale membrelor: crampa scriitorului, crampa muzicianului, tremor distonic al membrelor superioare, distonia piciorului ş.a.

VIII. Anomalii motorii produse de medicamente

IX. Alte boli mai rare

Boala Parkinson este a doua boală neurodegenerativă ca frecvenţă, după boala Alzheimer. Ca regulă generală, vârsta de debut a bolii este între 40 şi 70 de ani, cu un vârf în decada a 6-a de vârstă, având o prevalenţă de circa 1% la vârsta de 65 de ani şi de 3,5% la 85 de ani. Boala Parkinson este o afecţiune multilezională a sistemului nervos central, care afectează mai multe structuri din trunchiul cerebral, bulbii olfactivi şi sistemul nervos vegetativ periferic foarte precoce, înainte de apariţia manifestărilor motorii, iar tardiv – substanţa neagră din mezencefal, diencefalul, sistemul limbic şi neocortexul. Clinic, se manifestă prin tulburări motorii (cauzate de deficitul dopaminergic, dar şi non-dopaminergic) şi non-motorii (vegetative, senzitive, afective, cognitive – până la demenţă, psihotice, tulburări de control impulsiv, tulburări de miros, tulburări de somn).

Semnele clinice majore ale parkinsonismului motor sunt:

– tremorul de repaus cu o frecvenţă de 4-7 cicli/s;
– hipokinezia, definită ca o dificultate în iniţierea actelor motorii, mai evidentă atunci când este necesară trecerea de la un anumit tip de mişcare la altul (care adesea nu se poate face decât după o perioadă de blocaj motor) şi care determină un aspect global de „sărăcire“ a complexităţii comportamentului motor; forma extremă a hipokineziei este akinezia;
– bradikinezia, definită ca o scădere a vitezei de realizare a mişcărilor (lentoare); deoarece diferenţierea clinică a hipokineziei de bradikinezie este uneori dificil de realizat, ele reprezentând caracteristici ale actului motor care se întrepătrund în mare măsură; în practica clinică se foloseşte adesea doar termenul de bradikinezie, cu sens mai larg (care include de fapt şi caracteristicile hipokineziei – vezi scala UPDRS);
– rigiditatea musculară caracteristică parkinsonismului, cu fenomenul de roată dinţată;
– postura în flexie şi mersul cu paşi mici, cu viteză variabilă, uneori cu fenomene de „freezing“ şi căderi frecvente.

Alte semne clinice sugestive pentru parkinsonism (facies hipomimic, micrografie, hipofonie, diminuarea mişcărilor automate, postura caracteristică a mâinii ş. a.) sunt sugestive pentru diagnostic, în particular în formele clinice de debut, dar numai dacă se asociază unuia sau mai multor semne majore.

Parkinsonismul se caracterizează clinic prin orice combinaţie între tremor de repaus (cu frecvenţa de 4-7 cicli/s.), bradi/hipokinezie, rigiditate musculară, posturi în flexie şi fenomene de blocaj motor („freezing“).

Convenţional, categoriile de boli în care apare parkinsonismul se pot clasifica în:

• Boala Parkinson primară;
• Sindroame Parkinson-plus (parkinsonism atipic):
– paralizia supranucleară progresivă;
– atrofia multisistemică;
  • sindromul Shy-Drager;
  • degenerescenţa strio-nigrică;
  • atrofia olivo-ponto-cerebeloasă;
– boala difuză cu corp Lewy;
– degenerescenţă corticobazală.
• Parkinsonismul din alte boli heredodegenerative (în care acest sindrom nu este trăsătură clinică primară):
– demenţa frontotemporală cu parkinsonism;
– sindromul „overlap“ Alzheimer-Parkinson;
– sindromul Parkinson-SLA – demenţă Guam;
– SLA asociată cu parkinsonism şi demenţă (taupatie, diferită de complexul Guam);

– boala Huntington – varianta rigidă;
– boala Hallervorden-Spatz.

• Parkinsonism secundar (consecinţă a unei leziuni cerebrale dobândite):

Toxic:
– MPTP (metil-4-fenil-tetrahidropirinina);
– mangan;
– monoxid de carbon.

Indus medicamentos:
– neuroleptic;
– metoclopramid, proclorperazină;
– rezerpină;
– valproat;
– blocanţi ai canalelor de calciu non-dihidropiridinici.

Vascular:
– lacune multiple în ganglionii bazali;
– boala Binswanger;
– hidrocefalii;
– traumatisme cranio-cerebrale;
– tumori;
– degenerescenţa cronică hepatocerebrală;
– boala Wilson.

Boli infecţioase:
– parkinsonismul postencefalitic;
– boala Creutzfeldt-Jakob;
– infecţia HIV/SIDA.

Pentru diagnosticul pozitiv al bolii Parkinson, Societatea de Neurologie din România recomandă criteriile **UK Parkinson's Disease Society Brain Bank Clinical Diagnostic Criteria**, unanim acceptate în prezent pe plan internaţional:

• **Criterii de confirmare:**
– bradikinezie (obligatoriu)

şi cel puţin unul dintre:
– Rigiditate musculară
– Tremor cu frecvenţă de 4-6 Hz
– Instabilitate posturală (necauzată de o disfuncţie primară vizuală, vestibulară cerebeloasă sau proprioceptivă).

Criterii de susţinere:

(cel puţin 3, pentru BP definită):
– debut unilateral;
– tremor de repaus;
– evoluţie progresivă;
– asimetrie persistentă (mai accetuat pe partea de debut);
– răspuns excelent la l-DOPA;
– coree severă indusă de l-DOPA;
– responsivitate la l-DOPA cel puţin 5 ani;
– evoluţie clinică > /= 10 ani.

• **Criterii de excludere:**
– AVC repetate cu sindrom parkinsonian treptat evolutiv;
– istoric de TCC repetate;
– istoric definit de encefalită;
– crize oculogire;
– tratament neuroleptic la debutul simptomelor;
– remisiune susţinută;
– simptome strict unilaterale după 3 ani;
– paralizie supranucleară a privirii;

– semne cerebeloase;
– afectare vegetativă severă precoce;
– demenţă severă precoce cu tulburări de limbaj, memorie şi de praxie;
– semn Babinski;
– CT: tumoră cerebrală/hidrocefalie comunicantă;
– răspuns negativ la doze mari de levodopa;
(dacă se exclude un sindrom de malabsorbţie);
– expunere la MPTP.

Examene paraclinice: IRM sau CT nu aduc informaţii importante directe pentru diagnosticul de boală Parkinson (dar sunt obligatorii, de preferat direct IRM pentru excluderea altor sindroame parkinsoniene care au semne imagistice specifice, precum atrofia multisistemică, bolile vasculare cerebrale, hidrocefaliile, tumorile ş.a.); examenul IRM cerebral este obligatoriu pentru intervenţiile terapeutice prin stereotaxie. Examenul SPECT de tip DaT-scan aduce informaţii patognomonice tipice pentru boala Parkinson şi se poate face opţional (fiind şi costisitor şi greu accesibil deocamdată) atunci când diagnosticul diferenţial este incert.

– Perturbarea metabolismului monoaminelor cerebrale şi în primul rând a dopaminei se reflectă prin modificarea metaboliţilor acestora în LCR şi urină.
– **EMG** – decelează caracteristicile fiziologice ale tremorului (descărcări ritmice de 4-7 cicli/secundă).

Afecţiunile ganglionilor bazali şi ale sistemelor motorii din SNC

Diagnosticul clinic	**Diagnosticul funcţional**	**Incapacitatea adaptativă**	**Capacitatea de muncă**	**Gradul de invaliditate**
Formele clinice la debut: Semne puţin evocatoare: dureri nesistematizate, oboseală rapidă, reducerea activităţii, tulburări vegetative, frecvent cu tremor cu caracter localizat la membrul superior (hemi-sindromul parkinsonian); hipertonie discretă, lipsa balansului membrelor de aceeaşi parte, prezenţa semnului Noica +/– tremor discret evidenţiat EMG	Deficienţă **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
Forme clinice în care predomină tremorul sau cele akineto – hipertone – la care simptomatologia subiectivă şi modificările obiective clinice sunt cu caracter permanent, parţial influenţate de terapia medicamentoasă şi la care se adaugă întregul cortegiu de simptome însoţitoare: tulburări vegetative, tulburări de vorbire, tulburări psihice	Deficienţă **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
Formele clinice cu evoluţie îndelungată – care duc la imobilizarea bolnavului – se însoţesc de tulburări psihice grave şi tulburări de vorbire, deficienţe de deglutiţie şi respiraţie permanente (rezistente la diverse variante terapeutice)	Deficienţă **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducţie şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**
Sindromul parkinsonian postencefalitic – sechelă majoră a encefalitei epidemice *Von Economo* (istoric) sau a altor forme sporadice, rare, de encefalită. Semiologia parkinsoniană se instalează după o perioadă de timp ce variază de la câteva săptămâni la câţiva ani. **Clinic** – debutul în jurul vârstei de 40 de ani, tremorul este mai puţin constant, de regulă mixt (de repaus şi de acţiune); prezenţa manifestărilor oculare sub formă de crize oculogire; paralizia convergenţei, tulburări ale vigilenţei (inversarea ritmului somn – veghe); tulburări psihice; tulburări vegetative. **Caracteristic** – după o instalare relativ rapidă, evoluţia ulterioară este lentă	Deficienţă **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Sindromul parkinsonian postmedicamentos şi toxic – intoxicații (cu oxid de carbon şi mangan). Este rezultatul introducerii neurolepticelor de primă generație în terapia psihiatrică sau rezultatul expunerii la toxicele menționate. Principalele manifestări sunt rigiditatea (akinezia) ± hiperkinezii intricate (facio – buco-linguale); torticolis, spasme de torsiune. Dispar de regulă după o perioadă scurtă de la oprirea medicației. În multe situații, chiar după întreruperea definitivă, persistă cronic sindromul de diskinezie/distonie tardivă (dificil de tratat; ameliorări cu injecții cu toxina botulinică şi utilizarea unor neuroleptice atipice + clonazepam). Sindroamele parkinsoniene de etiologie vasculară şi traumatică vor fi tratate la capitolele respective	Deficiență **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
Coreea acută (coreea Sydenham sau coreea minor). Reprezintă o manifestare cerebrală neostriată a reumatismului articular acut, având o patogenie inflamator alergică post streptococică. Clinic – debut frecvent la 6-l5 ani cu trei simptome cardinale: – hiperkinezie; – hipotonie; – labilitate emoțională. Fenomenele sunt exagerate de activități psihice, fizice, emoții, diminuate în repaus şi dispar în somn. Evoluția este favorabilă; se vindecă spontan şi de preferat cu tratament specific în 4-6 săptămâni (pentru formele severe – 1 an)	În afara perioadei de stare.	Nu generează incapacitate de muncă.	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
Coreea cronică (Hungtington) Coreea cronică progresivă ereditară autosomal dominantă este însoțită de tulburări psihice care evoluează spre demență. Forme cu debut de regulă între 30-35 ani, cu modificări psihice de la iritabilitate până la crize de violență, tulburări de atenție, de memorie şi tulburări psihice de intensitate medie	Deficiență **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
Forme cu mişcări coreice cu caracter atetozic şi distonic, care se accentuează la nivelul trunchiului, gâtului, când apar grimase ale feței ce duc la tulburări de vorbire şi deglutiție, când tulburările psihice devin marcate (de la deliruri paranoice până la demență lent progresivă)	Deficiență **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
Formele cu evoluție progresivă ce conduc la tulburări de mers – mers cu sprijin, rigiditate, akinezie duc în final la caşexie prin tulburări de deglutiție accentuate de mişcările hiperkinetice. Se adaugă deteriorare cognitivă gravă – demență	Deficiență **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**
Degenerescență hepatolenticulară (Boala Wilson) – afecțiune metabolică determinată genetic şi caracterizată prin acumularea cuprului în S.N.C., ficat, cornee, rinichi, cord, pancreas. Astăzi se recunoaşte o singură entitate anatomoclinică şi genetică bine identificată (legată de anomalii ale genei pentru o ATP-aza cuplată la pompa membranară care evacuează cuprul hepatocitar către căile biliare, gena ce se află pe brațul lung al cromozomului 13): – debut de regulă între 7-15 ani, dar se poate şi la vârste mai înaintate, dominată de rigiditate extrapiramidală, tremor wilsonian cu aspect de „recul“, facies hipomimic, bradikinezie, puerilism, degradare intelectuală progresivă.	Deficiență **medie**	50–69%	50% pierdută	**Gradul III**
Formele cu tulburări de mers, de manipulație şi tulburări psihice de intensitate medie.				

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Formele cu tulburări de mers şi de manipulație severe, tulburări de vorbire şi tulburări psihice accentuate.	Deficiență **accentuată**	70–89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
Formele cu tulburări de mers şi de manipulație ce fac imposibilă deplasarea şi autoservirea bolnavului, cu tulburări de vorbire şi tulburări psihice grave, cu pierderea discernământului.	Deficiență **gravă**	90–100%	Capacitatea de muncă, autoconducție şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

BOLILE INFLAMATORII CRONICE ALE SISTEMULUI NERVOS CENTRAL

Entități clinice:

1. **Scleroza multiplă** (termeni încă acceptați, dar nerecomandați de nomenclatura internațională ştiințifică: scleroza în plăci, leuconevraxita). Variante foarte rare: forma malignă acută Marburg, forma cu leziuni concentrice Balo. Nu este doar o boală demielinizantă, ci este **o boală inflamatorie cronică difuză a SNC,** care afectează atât substanța albă cu leziuni focale, cât şi substanța albă aparent normală, precum şi substanța cenuşie, având două tipuri de leziuni coexistente încă de la debutul subclinic: **degenerescența axonală ireversibilă** (responsabilă de invalidarea clinică ireversibilă) şi **demielinizările focale** care se pot vindeca (de obicei cu defect) şi spontan şi care sunt corespondente în plan clinic episoadelor de recădere (puseelor).

Forme clinice:

– forma recurent remisivă;
– forma primar progresivă;
– forma secundar progresivă;
– forma progresivă cu recăderi.

2. **Neuromielita optică (NMO, Boala Devic) –** este o boală independentă de scleroza multiplă, de care a fost separată odată cu identificarea modificărilor imunologice care o caracterizează, respectiv prezența anticorpilor anti-aquaporina 4 de la nivelul astrocitelor.
3. **Encefalomielita acută diseminată –** este o boală acută inflamator-demielinizantă cu focare multiple, determinată, de obicei, de prezența la distanță a unui focar infecțios în organism, sau după o vaccinare la persoane cu o reactivitate imunitară de tip hiperergic. Cel mai adesea apare la copii de vârstă mai mare, dar poate apărea şi la adulții tineri. De regulă are o evoluție monofazică, dar nu rareori se poate manifesta şi prin episoade clinice repetate, ridicând probleme de diagnostic diferențial cu sclerozǎ multiplă (mai ales la copii).

SCLEROZA MULTIPLĂ

Diagnosticul de sclerozǎ multiplă se bazează pe asocierea de semne clinice şi paraclinice, întrucât nu există un singur semn clinic sau rezultat de investigație cu valoare patognomonică.

În prezent, în întreaga lume sunt acceptate şi folosite criteriile McDonald (revizuite în 2005):

Criteriile de diagnostic McDonald revizuite în 2005

Nr. crt.	Prezentare clinică	Date adiționale necesare diagnosticului de sclerozǎ multiplă
1.	> = 2 pusee; semne clinice obiective pentru > = leziuni	Niciuna
2.	> = 2 pusee; semne clinice obiective pentru 1 leziune	Diseminarea în spațiu, demonstrată prin: 1. RM sau 2. > = 2 leziuni sugestive la examen RM + LCR pozitiv, sau 3. se aşteaptă alte pusee clinice cu alte localizări

3.	1 puseu; semne clinice obiective pentru > = 2 leziuni	Diseminarea în timp, demonstrată prin: 1. RM sau 2. Al doilea puseu
4.	1 puseu; semne clinice obiective pentru 1 leziune (prezentarea monosimptomatică; sd. izolat clinic)	Diseminarea în spațiu, demonstrată prin: 1. RM sau 2. > = 2 leziuni sugestive la examen RM + LCR pozitiv şi Diseminarea în timp, demonstrată prin: 1. RM sau 2. Al doilea puseu
5.	Progresie neurologică insidioasă sugestivă pentru SM	Progresie a bolii timp de 1 an (documentată retrospectiv sau prospectiv) şi 2 din următoarele: a. RM pozitiv (9 leziuni T2 sau > =4 leziuni T2 şi PEV modificate); b. RM medular pozitiv (> =2 leziuni focale); c. LCR pozitiv

Criteriile revizuite Mc Donald pun accentul pe obiectivarea clinică a leziunilor şi oferă evidența diseminării în timp şi spațiu. Criteriile utilizează examene paraclinice suportive, pentru a grăbi stabilirea diagnosticului şi pentru a elimina diagnostice fals-pozitive sau fals-negative. Ele pun accent asupra specificității şi mai puțin asupra sensibilității metodelor de diagnostic, precum şi asupra necesității de a elimina conceptul de „cea mai bună explicație pentru diagnostic pentru clinică". Totodată, ele „liberalizează" realizarea anumitor criterii paraclice (IRM şi LCR), considerate anterior absolut necesare.

Manifestările clinice cele mai sugestive pentru diagnosticul de scleroză multiplă pot fi grupate după cum urmează :

a. anomalii senzitive:
- parestezii, adesea sub formă de amorțeli;
- dureri;
- semnul Lhermitte.

b. anomalii motorii:
- deficit motor de tip piramidal;
- spasticitate;
- contracții spastice (în flexie, în extensie).

c. anomalii vizuale:
- nevrită optică (pierderea monoculară a vederii, însoțită eventual de durere şi de scotom central).

d. anomalii cerebeloase:
- ataxie, incoordonare;
- tremor cerebelos (asociat uneori cu tremor postural);
- dizartrie cerebeloasă.

e. anomalii ale funcțiilor trunchiului cerebral:
- diplopie;
- dizartrie, disfagie, disfonie;
- parestezii la nivelul feței;
- pareză facială;
- oftalmoplegie internucleară;
- nevralgie trigeminală;
- vertij.

f. alte anomalii (mai rare la debutul bolii):
- crize paroxistice (cu durata de secunde/minute, dar care apar repetat timp de mai multe săptămâni pentru a avea semnificație de puseu SM);
- anomalii vezicale;
- disfuncții sexuale;
- tulburări cognitive.

Un atac (puseu, recădere) este definit ca o tulburare neurologică sugestivă pentru SM (relatare subiectivă sau observație obiectivă), cu durata de minimum 24 ore, în absența febrei. Trebuie excluse

pseudoatacurile sau episoadele paroxistice singulare. Se consideră, prin conven□ie, durata de 30 de zile ca interval minim de timp între două pusee diferite.

Modificările LCR sugestive pentru diagnosticul de SM sunt: pleiocitoză moderată sub 50/mmc, discretă hiperproteinorahie, dar sub 0, 8 g/l, cantitate crescută de IgG cu un index mai mare de 0, 7 (față de cantitățile de IgG şi albumină din ser), distribuție oligoclonală a IgG la electroforeză în gel de agaroză în LCR, nu şi în ser. Deşi sugestive în context clinic, aceste modificări nu sunt patognomonice pentru SM.

Măsurarea potențialelor evocate, în special a celor vizuale, poate evidenția o alungire semnificativă a anumitor unde bine definite. În SM, **examinarea electrofiziologică** arată **creşterea latenței undei P 100** de partea ochiului afectat (valoare peste 120 msec), cu o uşoară scădere a amplitudinii acesteia, **forma undei fiind relativ bine păstrată.** Anomaliile PEV pot fi tranzitorii, în sensul că **amplitudinea răspunsului poate reveni la normal odată cu recăpătarea vederii,** însă **modificarea latenței undei este permanentă,** ceea ce serveşte diagnosticului retrospectiv al unei nevrite optice subclinice sau ignorate în contextul sclerozei multiple.

Criteriile Barkhof de diagnostic prin IRM – sunt criterii cu valoare predictivă, ce se aplică pacienților care se prezintă pentru prima oară la neurolog, având sindroame clinice izolate, sugestive pentru diagnosticul de SM.

Întrunirea a 3 dintre următoarele 4 criterii are valoare predictivă pentru instalarea la un pacient a SM definite clinic („IRM pozitiv pentru SM“):

- o leziune cerebrală sau spinală Gd-captantă **sau** 9 leziuni T2 hiperintense cerebrale şi/sau spinale, dacă nu există nicio leziune Gd-captantă;
- una sau mai multe leziuni cerebrale infratentoriale sau spinale;
- una sau mai multe leziuni juxtacorticale;
- 3 sau mai multe leziuni periventriculare.

Notă: Leziunile spinale individuale pot contribui împreună cu leziunile individuale cerebrale la atingerea numărului de leziuni T2 cerute.

Criteriile RMN incluse în criteriile McDonald, sunt cele propuse de Barkhof, modificate de Tintore, pentru a evidenția diseminarea în spatiu şi timp.

Diagnosticul clinic	**Diagnosticul funcțional**	**Incapacitatea adaptativă**	**Capacitatea de muncă**	**Gradul de invaliditate**
Formele clinice cu evoluție favorabilă în timp, cu simptomatologie subiectivă absentă sau minimă şi obiectiv cu: sindrom piramidal, ± sindrom vestibular sau sindrom cerebelos frust	Deficiență **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
Formele clinice cu pusee rare, în perioada de remisiune cu tulburări motorii de intensitate medie (fruste hemipareze sau monopareze) la care se asociază tulburări de echilibru şi\sau de coordonare şi uneori tulburări vizuale de intensitate medie (scor EDSS < 3)	Deficiență **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
Forme clinice cu evoluție progresivă cu pusee acute repetate ce conduc la tulburări de mers accentuate (parapareze spastice şi\sau hemipareze spastice) la care se asociază tulburări de echilibru şi\sau de coordonare (sindrom cerebelo-vestibular), tulburări vizuale – frecvent diplopie, şi\sau modificări de câmp vizual, tulburări de sensibilitate, ± tulburări sfincteriene (scor EDSS = 3-6)	Deficiență **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
Formele clinice cu evoluție continuă fără remisiuni, care conduc în timp la imobilizarea bolnavului, făcându-l dependent (parțial sau permanent) de ajutorul altei persoane (scor EDSS > 6). Simptomatologia obiectivă indică prezența tuturor sindroamelor: sindrom piramidal (hemiplegie, paraparează/paraplegie ± asocierea cu monopareze brahiale, tetraparează/tetraplegie); sindrom cerebelo-vestibular – evidențiază tulburări de echilibru şi coordonare; tulburări de vizuale grave; tulburări de sensibilitate, tulburări sfincteriene (frecvent incontinență urinară)	Deficiență **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție şi autoservire pierdută în totalitate	**gradul I**

PATOLOGIA NEUROMUSCULARĂ ŞI EREDODEGENERATIVĂ

DISTROFIILE MUSCULARE PROGRESIVE (DMP) – afecţiuni degenerative ale muşchiului striat condiţionate genetic, cu evoluţie lent progresivă şi etiopatogeneză incomplet stabilită. O clasificare a distrofiilor musculare progresive completă este aceea bazată pe date clinico-genetice şi pe date informaţionale din domeniul biochimiei, electrofiziologiei şi histopatologiei (clasificarea modificată a DMP după Waltore şi Gardnen-Medwin):

1. DMP cu transmitere genetică X – recesivă: forma severă (Duchenne); forma benignă (Becker-Kiene).
2. DMP cu transmitere genetică autosomal-recesivă: fenotip Duchenne forma centurilor.
3. DMP cu transmitere genetică autosomal dominantă: facio-scapulo-humerală; distală; oculară; oculofaringiană.

Simptomatologie clinică generală – simptomul care domină tabloul clinic al distrofiilor musculare este deficitul motor. Grupele musculare interesate sunt diferite în funcţie de forma clinico-genetică, dar, indiferent dacă debutul este distal sau proximal, generalizarea prin afectarea ulterioară a altor grupe musculare este constantă. Deficitul motor este expresia amiotrofiei progresive adesea mascată de adipozitatea mai mult sau mai puţin evidentă a acestor bolnavi. Anumite grupe musculare sunt mai atrofice şi nu există un paralelism între gradul amiotrofiei şi intensitatea deficitului motor. Amiotrofiile sunt foarte simetrice. Unele grupe musculare pot prezenta hipertrofii (musculatura moleţilor în special, dar şi deltoidul, maseterii, musculatura limbii).

În cursul evoluţiei survin retracţii tendinoase care compromit funcţionalitatea segmentelor respective. Reflexele osteotendinoase diminuă progresiv până la abolire. Aceşti bolnavi nu prezintă tulburări de sensibilitate. În cursul evoluţiei se constată cardiomiopatie distrofică, aritmie, modificări EKG ale complexului ventricular, fără a se ajunge decât în mod excepţional la o insuficienţă cardiocirculatorie.

Simptomatologia pulmonară este expresia hipoventilaţiei permanente, iar infecţiile căilor respiratorii sunt foarte comune.

Testele paraclinice de diagnostic – diagnosticul de certitudine al DMP este un diagnostic paraclinic bazat pe trei elemente esenţiale: enzimograma serică, biopsia musculară, EMG.

DISTROFIA MUSCULARĂ PROGRESIVĂ (DMP)

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcţional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
DMP – forme clinice la 1-2 ani de la debut, cu o simptomatologie subiectivă şi obiectivă centrată pe modificările generate de amiotrofiile musculare şi deficitul motor secundar de intensitate medie, ce duc la scăderea performanţelor de mers şi a ortostatismului prelungit	Deficienţă **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
DMP – formele clinice cu evoluţie îndelungată, mai mult de 5 ani, care conduc la amiotrofii musculare accentuate şi respectiv un deficit accentuat, la care se adaugă cardiomiopatie distrofică, aritmii, tulburări respiratorii, expresia hipoventilaţiei pulmonare	Deficienţă **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
DMP – formele clinice după o evoluţie îndelungată, care, prin deficitul motor instalat progresiv face imposibilă deplasarea bolnavului prin forţe proprii şi la care se adaugă tot cortegiul tulburărilor respiratorii, fonatorii, de deglutiţie etc. şi tulburări cardiovasculare	Deficienţă **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducţie şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

MIOTONIILE

Miotoniile sunt un grup de afecțiuni determinate genetic, în patologia cărora este implicat un defect de membrană celulară; sunt caracterizate clinic printr-o lentoare a relaxării musculare după contractură voluntară, fenomenul diminuând progresiv, consecutiv repetării contracției voluntare (fenomenul de încălzire). Distribuția miotoniei este mai evidentă distal la musculatura membrelor, la nivelul musculaturii mimicii şi la limbă. Celelalte grupe musculare sunt mai puțin interesate, miotonia rezumându-se la răspunsuri idiomusculare persistente. Se descriu două forme de miotonie:

- Miotonia congenitală Thompson.
- Distrofia miotonică Steinert.

Miotonia congenitală Thompson

Miotonia congenitală Thompson sau miotonia hipertrofică congenitală; afecțiune rară cu debut precoce în copilărie, cu apariția selectivă a fenomenului miotonic la flexorii degetelor, la nivelul mușchilor policelui, a musculaturii orbicularului pleoapelor, la care se asociază o hipertrofie musculară difuză la toate grupele musculare cu predominență la membrele inferioare, aspect întâlnit în 25% dintre cazuri, ce dă bolnavului un aspect de halterofil. Miotonia se accentuează la frig şi la începutul actului voluntar.

Examinări paraclinice

– EMG;
– microscopia optică.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Formele autozomal dominante cu simptomatologie subiectivă şi obiectivă limitată la câteva grupe musculare (limbă, orbicularul pleoapelor, musculatura distală a membrelor)	Deficiență **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
Formele recesive – simptomatologia este întotdeauna mai severă, generalizată cu tendință la agravare progresivă în timp, cu prinderea musculaturii flexoare distale a membrelor şi musculatura masticatorie	Deficiență **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
	Deficiență **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**

DISTROFIA MIOTONICĂ STEINERT

Simptomatologie complexă care include, alături de simptome musculare, un sindrom endocrin (manifestat prin atrofie gonadică); sindrom miotonic; cataractă; surditate prin afectarea urechii interne şi tulburări psihice.

Examinări paraclinice:

– enzimograma serică;
– EMG;
– microscopia optică.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Formele clinice la debut care nu au încă amiotrofii musculare sau acestea sunt discrete; în care deficitul motor este mediu, simetric distal şi nu se însoțesc de complicații psihice şi cardiace sau acestea sunt de intensitate medie	Deficiență **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
Formele clinice care se însoțesc de amiotrofii musculare marcate – cu scăderea forței musculare preferențial pe musculatura facială, flexorii gâtului, musculatura antebrațului, a eminenței tenare, pe mușchii interosoşi, loja anterioară a gambei – şi de complicații cardiace, endocrine, psihice, tulburări de vedere (cataractă)	Deficiență **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**

Formele de distrofie miotonică evoluează progresiv, pe o perioadă de 10-15 ani. La manifestările clinice anterior descrise se adaugă deficit motor de centură pelviană sau/şi de centură scapulo-humerală, tulburări respiratorii, prin afectarea diafragmului, a muşchilor intercostali şi paravertebrali, tulburări de deglutiţie, tulburări grave cardiace (bloc atrio-ventricular, cardiomiopatie) şi tulburări de vedere (cataractă bilaterală), ce conduc la necesitatea supravegherii şi îngrijirii permanente din partea altei persoane	Deficienţă **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducţie şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

MIASTENIA

Miastenia este o boală a sinapsei neuromusculare care se caracterizează prin oboseală excesivă şi deficit al musculaturii striate.

Simptomatologia – deficitul motor miastenic se produce prin relaxarea progresivă a muşchiului care se contractă şi prin diminuarea progresivă a forţei musculare. Deficitul miastenic este mai accentuat în a doua parte a zilei, reflexele osteotendinoase sunt prezente sau uneori diminuate. Boala evoluează în general în pusee, cu evoluţie din ce în ce mai severă, ajungând până la paralizia de muşchi respiratori. Simptomatologia bolii se ameliorează numai prin administrarea de anticolinesterazice.

Topografia deficitului miastenic:

1. tulburări oculare: strabism, diplopie, ptoza palpebrală, poate să apară imposibilitatea convergenţei;
2. tulburări de fonaţie: sunt caracteristice deoarece apar sau se accentuează la efort; acestea sunt: disfonie, nazonare, dizartrie;
3. tulburări de deglutiţie: se pot manifesta pentru solide, lichide şi, în cazurile mai grave, chiar şi pentru salivă;
4. tulburări de masticaţie: apar mai mult sau mai puţin precoce, pot merge până la deficit total şi se pot asocia cu căderea mandibulei;
5. atingerea musculaturii faciale: produce „faciesul miastenic“ caracteristic;
6. afectarea musculaturii cefei şi a trunchiului produce o invalidare importantă – căderea capului, necesită menţinerea bărbiei cu mâna. Trecerea din clinostatism la ortostatism poate fi imposibilă sau se execută cu efort, interesarea membrelor inferioare se remarcă iniţial la urcatul şi coborâtul scărilor, iar ulterior chiar şi la mersul pe teren plat;
7. tulburările respiratorii, exprimate prin dispnee şi senzaţie de lipsă de aer, sunt obiectivate de reducerea capacităţii vitale.

Investigaţii paraclinice:

- scala de efort specifică miasteniei;
- testul cu neostigmina;
- EMG cu stimulare repetitivă;
- dozare de anticorpi anti-receptori colinergici nicotinici +/- dozare de anticorpi anti MuSK.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcţional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Formele de debut – simptomatologie săracă, diagnosticul este susţinut pe probele de provocare şi cu răspuns 100% la terapia medicamentoasă; se pot manifesta prin tulburări oculare (ptoza palpebrală parţială), tulburări de fonaţie, senzaţie de oboseală la masticaţie, oboseală musculară, mers pe distanţe relativ lungi, sau urcarea a 1-2 etaje	Deficienţă **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
Formele cu tulburări oculare, de fonaţie, deglutiţie, masticaţie şi tulburări motorii cu caracter cvasipermanent cu răspuns ineficient la terapia medicamentoasă care generează tulburări funcţionale de intensitate accentuată	Deficienţă **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Formele ce se însoțesc de tulburări mari de deglutiție, tulburări respiratorii ce necesită uneori respirație asistată, când deficitul motor este permanent şi rezistent la terapia medicamentoasă asociată, ducând la necesitatea supravegherii permanente din partea altei persoane	Deficiență **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție şi autoservire pierdute în totalitate	**Gradul I**

Miozitele şi polimiozitele – vezi capitolul *Colagenoze.*

AMIOTROFIA NEURALĂ CHARCOT – MARIE – TOOTH –

Maladie cu transmitere ereditară. Debutul este insidios în copilărie sau adolescență, mai rar la vârstă adultă, cu apariția progresivă de amiotrofii distale şi simetrice mai ales la membrele inferioare, de aspect polinevritic.

Tabloul clinic – atrofii musculare distale şi simetrice la membrele inferioare, generând aspectul de „picior de cocoş“, şi în treimea inferioară a antebrațului, dând aspectul de atrofie în „mănuşă“.

- tulburări de sensibilitate:
- *subiective*: amorțeli sau furnicături în membre cu aspect polimorf;
- tulburări vegetative – hipersudorație, pseudosclerodermie;
- tulburări endocrine – insuficiență gonadică, acromegalie.

Examene paraclinice

- examen anatomo-patologic;
- EMG.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
CMT în Formele clinice fruste cu manifestări clinice minime. Diagnosticul se pune de regulă pe examinările paraclinice (biopsia musculară)	Deficiență **uşoară**	0-49%	Păstrată	nu se încadrează în grad de invaliditate
CMT în Formele superioare, când modificările predomină la membrele superioare (tulburări motorii + amiotrofii + tulburări de sensibilitate)	Deficiență **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
CMT în Forma generalizată cu atrofie globală a întregii musculaturi, cu mers dificil stepat, cu tulburări de sensibilitate tip polinevritic şi tulburări vegetative şi endocrine asociate.	Deficiență **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
CMT în Forma generalizată, cu atrofie globală a musculaturii care a condus în timp la imobilizarea permanentă bolnavului.	Deficiență **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

SCLEROZA LATERALĂ AMIOTROFICĂ (SLA)

Face parte din afecțiunile neuronului motor şi este definită clinic printr-un complex lezional având ca rezultat simptome combinate de neuroni motori centrali şi periferici (fasciculații, amiotrofii distale, semne piramidale).

Criterii de diagnostic în SLA (conform Ghidului Federației Societăților Europene de Neurologie adoptat şi de Societatea de Neurologie din Romania şi de Ministerul Sănătății din România):

Diagnosticul SLA necesită prezența (**criterii pozitive**):

- semnelor de NMP (inclusiv caracteristicile EMG la nivelul musculaturii neafectate);
- semnelor de NMC;
- progresiei simptomelor şi a semnelor.

Diagnosticul SLA necesită absența (**diagnostic prin excludere**):
- semnelor senzitive;
- tulburărilor sfincteriene;
- tulburărilor vizuale;
- disfuncției autonome;
- disfuncției ganglionilor bazali;
- demenței de tip Alzheimer;
- sindroamelor ce „mimeaza“ SLA

Diagnosticul SLA este sprijinit de:
- fasciculații într-una sau mai multe regiuni;
- modificări neurogene la EMG;
- viteze de conducere nervoasă senzitive şi motorii normale;
- absența blocului de conducere.

În funcție de predominanța tablourilor clinice, se definesc următoarele variante de SLA: paralizia bulbară progresivă cu predominanța fenomenelor bulbare; atrofia musculară progresivă cu predominanța simptomelor de neuron motor periferic şi scleroza laterală primară cu predominanța simptomelor de neuron motor central.

Investigații paraclinice:
- E.M.G;
- microscopia optică;
- microscopia electronică.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
SLA – forma pseudopolineuropatică – formă relativ atipică, simptomatologia de neuroni motori periferici domină tabloul clinic, iar simptomatologia de tip piramidal este foarte discretă sau absentă	Deficiență **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
SLA – forma generalizată este una dintre cele mai frecvente, cu evoluție lentă, cu predominanța simptomelor de neuron motor central.	Deficiență **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
SLA – forma bulbară – forma cu evoluție dramatică, simptomatologia fiind manifestă la musculatura inervată de nucleii motori bulbari.	Deficiență **gravă**	90-100%	În totalitate piedută	**Gradul I**

EREDOATAXIA SPINOCEREBELOASĂ FRIEDREICH

Simptomatologia – ataxia cerebeloasă este de obicei cea care atrage atenția asupra bolii, determinată fiind de tulburările de sensibilitate ca şi cele de tip cerebelos. Mersul este tabetic, cerebelos cu baza de susținere lărgită, bolnavul prezintă dismetrie, vorbire lentă, R.O.T. se abolesc precoce. Amiotrofiile sunt de regulă distale, mai accentuate la membrele inferioare, descriindu-se aspectul „picior de cocoş“, aspect de picior scobit.

Implicațiile cardiace sunt prezente, manifestându-se de timpuriu cu extrasistole atriale, hipertrofie ventriculară, semne de ischemie cardiacă.

Investigații paraclinice:
- examen electroneurofiziologic (electroneurografie + EMG);
- ecocardiografie şi EKG;
- IRM craniană (evaluarea în particular a cerebelului);
- opțional: diagnostic genetic.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
EASC – formele clinice la debut, cu modificări obiective discrete mult timp, la care examenul obiectiv semnalează doar abolirea R.O.T., schiță de picior scobit, cifoscolioză.	Deficiență **ușoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
EASC – formele clinice bine exprimate la care diagnosticul nu mai ridică semne de întrebare, dar a căror evoluție este lent progresivă și prezintă deficite motorii medii	Deficiență **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
EASC – formele clinice cu evoluție îndelungată la care s-au instalat atrofii musculare și deficite motorii accentuate însoțite de tulburări de sensibilitate ± tulburări cardiace, endocrine, psihice	Deficiență **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
EASC – formele clinice care, din cauza amiotrofiilor musculare și a deficiențelor motorii și generalizate, conduc la imobilizarea bolnavului	Deficiență **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdute în totalitate	**Gradul I**

EREDOATAXIA CEREBELOASĂ PIERRE–MARIE

Este o formă diferențiată din grupul eredoataxiilor, foarte asemănăoare cu eredoataxia Freidreich în care însă semnele cerebeloase și piramidale sunt predominente. Debutul și evoluția sunt asemănătoare cu maladia Friedreich, dar predomină:

- semnele cerebeloase cu ataxie, tremor intențional și vorbire cerebeloasă;
- semnele piramidale sunt mai bine exprimate în forma Pierre-Marie, dar cu afectare mai mică a sensibilității profunde;
- ROT pot fi vii; se poate găsi doar aspectul contracturii piramidale, mai ales la membrele inferioare; tulburările de sensibilitate obiective pot fi absente sau discrete, bolnavul nu prezintă atrofii sau malformații articulare (sau acestea sunt, în general, mai puțin exprimate).

Investigații: aceleaşi ca la boala Friedreich.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Formele clinice la debut în care tulburările de coordonare și echilibru sunt ușoare.	Deficiență **ușoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
Formele clinice în care tulburările de coordonare și echilibru și tulburările de vorbire sunt moderate.	Deficiență **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
Formele clinice cu evoluție progresivă la care ataxia cerebeloasă este accentuată, însoțită de tulburări de vorbire, precum și de accentuarea contracturii piramidale +/- tulburări de sensibilitate	Deficiență **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
EAC-PM Formele clinice după ani de la debut și care prin tulburările ataxice fac deplasarea bolnavului foarte dificilă sau imposibilă.	Deficiență **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducție și autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

DISCOPATIILE

Formularea diagnosticului: diagnosticul corect al discopatiei se formulează după stadiul evolutiv al bolii, clinic și radiologic.

De obicei este unică, dar poate fi multiplă, întâlnindu-se în aceeași regiune sau în diferite regiuni ale coloanei vertebrale. Cel mai frecvent apare în regiunea lombară, apoi în cea cervicală și, rareori, în regiunea dorsală. Regiunea lombară și mai ales ultimele două discuri lombare reprezintă sediul de predilecție al bolii.

Diagnostic clinic: pentru stabilirea diagnosticului clinic sunt necesare un examen clinic complet și examenul radiologic.

Date clinice: dureri vertebrale (cervicale, lombare, toracale) şi pe traiectul nervului, spontan sau la mişcări active şi/sau pasive, dureri provocate prin manevrele de elongaţie, deficite motorii segmentare sau globale, tulburări de reflexe, tulburări trofice, tulburări de sensibilitate obiectivă, tulburări circulatorii, tulburări sfincteriene etc.

Investigaţii obligatorii:

1. examen IRM (doar când examenul IRM nu este accesibil în timp util, se poate face examen CT al segmentului vertebral afectat);
2. examen electroneurofiziologic (electroneurografie detaliată, inclusiv cu latenţa undei F +/- EMG).

Date radiologice clasice (opţional) – se sprijină pe triada:

1. pensarea spaţiului intervertebral;
2. densificarea platourilor intervertebrale;
3. modificări ale curburilor fiziologice ale coloanei vertebrale.

În prezenţa complicaţiilor postoperatorii (arahnoidite, epidurite, cicatrici compresive etc.), examenul clinic trebuie coroborat obligatoriu cu examenul neurochirurgical, examene radiologice speciale (IRM-CT doar dacă IRM nu este accesibil, electroneurofiziologie, examen LCR.)

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcţional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
1. Discopatie vertebrală – faza I (faza dureroasă) dureri la nivelul coloanei vertebrale, spontane sau la apăsare	Deficienţă **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate.
2. Discopatie vertebrală – faza II (faza de blocaj) – blocaj al segmentului vertebral – contractură musculară paravertebrală	Deficienţă **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate.
3. Discopatie vertebrală – faza III (faza neurologică) *Stadiu I* (algic) Iritaţie radiculară; bolnavul prezintă dureri la tuse strănut sau eforturi Semne de elongaţie pozitive (Lasseque, Bonnet)	Deficienţă **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate.
Stadiu II (de compresiune) se caracterizează prin: – deficit motor moderat; – diminuarea reflexelor osteotendinoase; – tulburări de sensibilitate obiectivă	Deficienţă **accentuată** pe o perioadă limitată (circa 6 luni) în vederea stabilirii conduitei neurochirurgicale, sau postoperator – 6 luni	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
Stadiul III (paralitic sau paretic, de întrerupere) se caracterizează prin: – deficit motor; – absenţa reflexelor osteotendinoase; – tulburări de sensibilitate obiectivă; – sechelele operatorii ale herniei de disc. Deficit motor unilateral brahial sau crural, cu tulburări de sensibilitate. Hernii de disc operate iterativ (2-3 intervenţii chirurgicale)	Deficienţă **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
Deficit motor brahial sau crural cu tulburări de sensibilitate şi tulburări sfincteriene (sindrom de coadă de cal)	Deficienţă **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
Tetraplegie, tetrapareză sau parpareză, paraplegie însoţite de tulburări de sensibilitate şi tulburări sfincteriene tip incontinenţă (cazuri extrem de rare)	Deficienţă **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducţie şi autoservire pierdute în totalitate	**Gradul I**

NEUROPATII PERIFERICE

Neuropatia periferică este un termen generic care indică tulburările nervilor periferici de orice cauză.

Descriere generală

Polineuropatiile ***sunt neuropatii periferice des întâlnite şi foarte importante.*** Tabloul tipic al polineuropatiei apare cel mai frecvent în cadrul unor afecţiuni ***metabolice (cauza cea mai frecventă este diabetul zaharat), inflamatorii, imunologice, paraneoplazice sau toxice.*** Primele simptome par a fi de tip senzitiv şi constau în furnicături, înţepături, arsuri, sau parestezii în plante sau vârful degetelor, sau în general cu distribuţie în alte zone ale membrelor inferioare. Simptomele şi semnele sunt în general simetrice şi distale, dar ocazional parestezиile apar la nivelul unui singur membru inferior şi apoi la celălalt, mult mai pronunţate. Trebuie să avem grijă să nu fie făcută confuzia cu mono - sau multinevrite. Dacă polineuropatia este mai puţin severă, nu vor putea fi decelate semne clinice motorii şi/sau senzitive.

Examene paraclinice

- Examen neuroelectrofiziologic detaliat;
- Biopsia de nerv.

Clasificarea neuropatiilor periferice:

- Polineuropatiile axonale: acute, subacute, cronice;
- Polineuropatiile demielinizante: acute, cronice;
- Mononeuropatii multiplex;
- Mononeuropatii.

Diagnosticul clinic	Diagnosticul funcţional	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Formele clinice de neuropatii, indiferent de etiologie – cu simptomatologie frustă, predominant senzitivă (parestezii distale predominant membrele inferioare) ± fruste deficite motorii	Deficienţă **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
Formele clinice cu simptomatologie motorie manifestă – deficite motorii predominant distale şi predominant la membrele inferioare însoţite de tulburări de sensibilitate superficială şi/sau profundă (ataxie)	Deficienţă **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
Formele clinice cu deficite motorii manifeste constituite – parapareze, sau tetrapareze, cu tulburări de sensibilitate superficială sau profundă	Deficienţă **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
Formele clinice (foarte rar) cu deficite motorii tip tetraplegie sau paraplegie + tulburări sfincteriene (foarte rare, în special, sindromul Guillain-Barré; forme severe de polineuropatie cronică inflamatorie demielinizantă – CIDP)	Deficienţă gravă	90-100%	Capacitatea de muncă, autoconducţie şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

În stabilirea diagnosticului funcţional şi al capacităţii de muncă se vor aprecia separat paraliziile de plex brahial şi paraliziile plexului lombo-sacrat care, prin modificările date, pot conduce la scăderea capacităţii de muncă parţial sau în cea mai mare parte.

Diagnostic clinic	Diagnostic funcţional	Incapacitate adaptativă	Capacitatea de muncă	Grad de invaliditate
PARALIZIILE DE PLEX BRAHIAL – pot fi parţiale sau totale. Plexul brahial este format din rădăcinile cervicale C5, C6, C7, C8 şi rădăcina toracală T1. Rădăcinile C5 şi C6 formează împreună trunchiul superior, rădăcina C7 formează trunchiul mijlociu, iar rădăcina C8 şi T1 formează trunchiul inferior. **PARALIZIA PARŢIALĂ DE PLEX BRAHIAL** cuprinde trei tipuri: 1. **Tipul superior** (Duchenn Erb) – se caracterizează prin reducerea mişcărilor de ridicare a umărului, abolirea abducţiei, a mişcărilor de rotaţie externă, membrul superior în adducţie şi rotaţie internă; atrofia umărului (muşchiul deltoid); ROT bicipital absent, tulburări de sensibilitate.	Deficienţă **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate

2. Tipul mijlociu (Remack) – se caracterizează prin paralizia muşchilor inervaţi de nervul radial, cu excepţia lungului supinator care rămâne indemn şi a tricepsului care este parţial paralizat. Se caracterizează prin imposibilitatea flexiei antebraţului pe braţ şi a supinaţiei. Obiectiv: ROT tricipital abolit, tulburări de sensibilitate inconstante, frecvent pe faţa dorsală a antebraţului şi porţiunea externă a feţei dorsale a mâinii.	Deficienţă **uşoară** în paralizia parţială de nerv radial	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
În paralizia totală de nerv radial, mâna este căzută în "gât de lebădă" şi bolnavul nu poate face extensia policelui, falagelor proximale ale degetelor, extensia mâinii, pumnului şi antebraţului pe braţ.	Deficienţă **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
3. Tipul inferior (Klumpke) – se caracterizează prin paralizia nervului cubital anterior, flexorilor degetelor, interosoşii musculaturii tenare şi hipotenare; tulburarea motorie este similară cu cea a unei paralizii combinate de nerv median şi nerv cubital, având ca rezultat aspectul de mână simiană. Tulburarea de sensibilitate este de tipul hipoesteziei şi se întinde pe faţa internă a braţului şi antebraţului. ROT tricipital abolit. Se poate adăuga leziunea simpaticului cervical şi apariţia sindromului Claud-Bernard-Horner.	Deficienţă **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
Paralizia totală de plex brahial – membrul toracal balant (constă în combinaţia celor trei tipuri de paralizii) – conduce la impotenţa funcţională a membrului superior respectiv.	Deficienţă **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**

PARALIZIILE PLEXULUI LOMBO-SACRAT

Diagnostic clinic	Diagnostic funcţional	Incapacitate adaptativă	Capacitatea de muncă	Grad de invaliditate
A. Paralizia nervului femuro-cutanat Expresia clinică a leziunii este meralgia parestezică. Se caracterizează prin parestezii sub formă de senzaţie de piele cartonată cu topografie caracteristică în formă de „rachetă" pe faţa externă a coapsei.	**Fără** deficienţă	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
B. Paralizia nervului femural – se caracterizează prin dificultate în flexia coapsei pe bazin şi imposibilitatea extensiei gambei pe coapsă, areflexie rotuliană, anestezie în teritoriul cutanat (faţa anterioară coapsă, faţa internă genunchi, faţa antero-internă gambă, maleolă tibială şi jumătatea posterioară a marginii interne a piciorului). Obiectiv: hipotrofie, hipotonie cvadriceps, rotulă flotantă.	Deficienţă **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
C. Paralizia nervului obturator Însoţeşte, de regulă, paralizia de nerv femural şi se caracterizează prin paralizia adducţiei şi rotaţiei interne şi externe a coapsei, tulburări de sensibilitate în porţiunea mijlocie a coapsei şi genunchiului.	Deficienţă **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
D. Paralizia nervului sciatic Paralizia totală este destul de rară şi se manifestă clinic printr-o paralizie completă a celor două ramuri terminale (SPE şi SPI).				

1. ***Paralizia de nerv sciatic popliteu extern (SPE)*** Clinic: deficit motor la nivelul gambei, pe gambierul anterior, extensorul propriu al halucelui, extensorul comun al degetelor, lungul şi scurtul peronier şi pediosul; tulburări senzitive la nivelul feţei antero-externe a gambei, două treimi interne ale plantei, faţa dorsală a primelor trei degete şi jumătatea internă deget 4. Obiectiv: mers stepat, bolnavul ridică mult genunchiul şi flectează mult gamba de partea bolnavă, nu poate merge pe călcâie.	Deficienţă **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
2. ***Paralizia de nerv sciatic popliteu intern (SPI)*** Clinic: deficit motor la nivelul gambei (gastrocnemienii, popliteu, plantar subţire, solear, tibial posterior), la nivelul piciorului (nervul plantar medial, flexorul scurt al degetelor, abductorii şi flexorul scurt al halucelui şi primii lombricali, nervul plantar lateral, pătratul plantar, abductorul degetului 5, flexor şi opozant deget 5, interosoşii dorsali şi plantari şi ultimii lombricali); tulburări senzitive la nivelul porţiunii dorso-laterale a gambei, marginea laterală a piciorului, plantă şi degete. Obiectiv: mers talonat, absenţa desprinderii călcâiului de pe sol, a reflexiei ahiliană, tulburări trofice, degete în „ciocan“.	Deficienţă **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**

POLIOMIELITA ANTERIOARĂ ACUTĂ

Sindromul poliomielitei anterioare acute (SPAA) era în trecut aproape invariabil rezultatul infecţiei cu unul din cele trei serotipuri ale virusului polio. Aspectele clinice asemănătore infecţiei cu poliovirus pot fi determinate şi de alte enterovirusuri: Coxsackie – grup A şi grup B, ecovirusuri, enterovirusurile 70 şi 71.

Din punct devedere clinic, poliomielita se poate prezenta sub 4 forme:

1. *Infecţie inaparentă* – frecvent asimptommatică;
2. *Formă abortivă* – caracterizată prin: febră, dureri de gât; hiperemie orofaringiană, cefalee, anorexie, greaţă/vărsătură, mialgii;
3. *Formă neparalitică* – asociază la semnele şi simptomele formei abortive semnele de iritaţie meningeală (apatie, semne Kernig, Brudzinski pozitive, LCR – limfocitoză cu pleiocitoză);
4. *Formă paralitică*.

Leziunile se produc din cauza distrugerii neuronilor motori din coarnele anterioare ale măduvei sau de la nivel cerebral, generând sechele motorii tip monopareze/monoplegii, hemipareze, hemiplegii. Deficitele motorii generează în timp deformări osoase şi articulare: deformări ale călcâiului, picior în varrus, genu recurvatum, genu varum, rotaţie tibială cu subluxaţie postero-laterală a platoului tibial, fracturi, dislocare/subluxaţie de şold.

Sindromul post-polio defineşte o lezare a sistemului nervos la pacienţi care au avut poliomielită în formă paralitică, de obicei la un interval de 15-40 de ani de la puseul acut. Principalele simptome sunt: deficit motor, oboseală musculară şi durere musculară; mai puţin frecvente sunt atrofiile musculare, tulburări respiratorii, apneea de somn şi tulburările de deglutiţie, intoleranţa la rece.

Examene paraclinice:

– EMG.

Diagnostic clinic	Diagnostic funcţional	Incapacitate adaptativă	Capacitatea de muncă	Grad de invaliditate
Formele cu deficit motor brahial sau crural, care nu împiedică desfăşurarea normală a activităţii profesionale	Deficienţă **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate

Formele cu monopareze brahiale sau crurale, ce conduc la tulburări de manipulație sau tulburări de mers de intensitate medie, asociate sau nu cu deformări articulare (picior „equin“ frecvent)	Deficiență **medie**	50-69%	50% pierdută	**Gradul III**
Formele cu hemipareză, paraparează, tetraparează frustă, ± deformări articulare şi poziții vicioase cu scurtări de membre (deformare în „equin“, picior în varrum, genu recurvatum, subluxație articulară, frecvent de şold)	Deficiență **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**

Anexa

Aspecte clinico- funcționale generale

Observație. Aspectele prezentate au caracter orientativ. Încadrarea în grade de invaliditate corespunzătoare se va face în funcție de contextul clinic în care apar aceste sindroame, conform criteriilor de la capitolele respective.

NERVII CRANIENI

Perechea I (nervul olfactiv)

Nervul olfactiv este responsabil de modificările de miros de tip anosmie, hiposmie, hiperosmie, cacosmie etc. care apar în diverse afecțiuni neurologice: procese expansive ale etajului anterior al craniului (meningioame olfactive ale aripii mici a sfenoidului, tumori orbito-frontale, fracturi de bază de craniu, intoxicații exogene (alcool, droguri, tabagism etc.), diabet zaharat, sindrom de hipertensiune intracraniană, migrene, afecțiuni endocrine, alergii ale căilor respiratorii, epilepsii, diverse afecțiuni psihice. În sine, tulburările de miros nu duc la deficiențe funcționale; incapacitatea adaptativă între 0-20% nu se încadrează în grad de invaliditate.

Perechea II (nervul optic)

Afecțiunile nervului optic apar în cadrul diverselor entități nozologice, neurologice şi somatice şi vor fi tratate în principal în capitolul *Afecțiuni oftalmologice*, în special în ceea ce priveşte modificările polului anterior, acuități vizuale, modificări retiniene etc. Din punct de vedere neurologic, sunt evaluate modificările de câmp vizual şi modificările de fund de ochi.

Modificările câmpului vizual sunt: scotoame, îngustări concentrice ale câmpului vizual, hemianopsii.

- ***Scotoamele*** pot fi centrale şi periferice; îngustări concentrice apar în nevritele optice retrobulbare de diferite etiologii (scleroză multiplă, intoxicație exogenă, procese expansive intracraniene); îngustări concentrice ale câmpului vizual apar în special în glaucoame, nevrite optice etc. Deşi se întâlnesc şi în patologia neurologică pură, scotoamele şi îngustările concentrice ale câmpului vizual vor fi tratate din punct de vedere al incapacității adaptative la capitolul *Oftalmologie*;
- ***hemianopsiile*** pot fi heteronime şi homonime, bitemporale sau binazale;
- ***hemianopsiile bilaterale*** în sine, fără agnozii, conduc la o deficiență medie cu o incapacitate adaptativă de **50–69%** şi pot fi încadrate în gradul III de invaliditate sau alt grad, în funcție de etiologie;
- ***hemianopsiile bilaterale,*** în special cele omonime temporale cu agnozie, în sine, conduc la deficiență accentuată cu incapacitate mai mare de **70%** şi pot fi încadrate în gradul II de invaliditate sau alt grad, în funcție de etiologie;
- ***cvadrananopsiile*** în diverse combinații, în funcție de lateralitate, şi tulburările de cunoaştere se supun aceloraşi criterii de mai sus.

Perechea III (nervul oculomotor comun)

Modificările aduse de afecțiunile acestuia pot apărea în majoritatea afecțiunilor neurologice, dar în special se întâlnesc în procese expansive intracraniene, tumori cerebrale cu sindroame de nervi cranieni complexe, accidente vasculare de trunchi cerebral (sindroamele alterne), scleroză multiplă, diabet zaharat, intoxicații exogene etc.; se manifestă prin ptoză palpebrală totală sau incompletă şi laterodeviație a globului ocular.

- ***pareza de oculomotor comun unilaterală cu ptoză palpebrală şi strabism***, ce poate avea în sine o deficiență uşoară cu o incapacitate **20-49%** şi nu se încadrează în grad de invaliditate, luând în considerare reversibilitatea fenomenelor; în funcție de unele cauze, se poate încadra în gradul III sau II;
- ***pareza unilaterală parțială cu ptoză palpebrală parțială*** poate avea o deficiență uşoară cu o incapacitate **20-30%**; nu se încadrează în grad de invaliditate; în funcție de unele cauze, se poate încadra în gradul III sau II;
- ***pareza bilaterală completă sau incompletă*** este foarte rară, beneficiază de o deficiență accentuată sau gravă – incapacitate **70-100%,** încadrabilă în gradul II sau gradul I de invaliditate.

Perechea IV (nervul patetic)

Se întâlneşte mai rar şi, de obicei, în aceleaşi afecțiuni cu cele descrise mai sus. De regulă este unilaterală şi, dacă se însoțeşte de diplopie, poate conduce la o deficiență uşoară – incapacitate **20-49%** – nu se încadrează în grad de invaliditate.

Perechea V (nervul trigemen)

Nervul trigemen are două componente: senzitivă şi motorie.

- ***nevralgia de trigemen este esențială şi secundară***; se întâlneşte în special în tumori craniene cu sindroame de nervi cranieni combinate, tumorile de unghi cerebelos, neurinomul de acustic, scleroza multiplă etc.; nevralgia de trigemen esențială, deci la care nu s-a stabilit etiopatogenia, va fi apreciată din punct de vedere al expertizei medicale după epuizarea tuturor metodelor de tratament medicamentos şi/sau chirurgical în urma cărora nu s-au constatat ameliorări esențiale chiar sub continuarea tratamentului medicamentos după intervenție chirurgicală asupra nucleului nervului trigemen; în sine, poate beneficia de o deficiență medie cu o incapacitate **50-69%** şi poate fi încadrată în gradul III de invaliditate. Dacă nevralgia de trigemen esențială sau secundară se însoțeşte de alte leziuni ale nervului trigemen (leziuni ale corneei, dificultăți de masticație care afectează ramul motor al trigemenului etc.), ea poate beneficia de o deficiență accentuată cu o incapacitate peste **70%,** fiind încadrabilă în gradul II de invaliditate.

Perechea VI (nervul oculomotor extern)

Din punct de vedere etiologic, afectările nervului oculomotor extern se regăsesc în majoritatea tablourilor clinice descrise la nivelul perechilor III şi IV de nervi oculomotori:

- ***pareza unilaterală totală sau parțială de nerv oculomotor extern*** nu conduce la deficiență, dar poate beneficia de incapacitate **10-20%** ; nu se încadrează în grad de invaliditate, având în vedere că este aproape întotdeauna reversibilă în totalitate;
- ***pareza bilaterală de nerv VI*** este foarte rară, se întâlneşte în special în scleroza multiplă, tumori de bază de craniu, intoxicații exogene, beneficiază de o deficiență uşoară cu o incapacitate **20-49%**; nu se încadrează în grad de invaliditate (precizare: doar în sine, când nu se însoțeşte de alte semne şi sindroame neurologice). În funcție de profesie şi etiologie, se poate încadra în gradul II.

Perechea VII (nervul facial)

Leziunile nervului facial însoțesc majoritatea entităților descrise mai sus; pareza facială poate fi esențială („à frigore"), de obicei evoluează fără o etiopatogenie clară, se poate întâlni foarte rar în infecțiile cu *Pneumocystis carinii*, în situațiile cu scăderea rezistenței imunitare în special, şi, mai nou, în infecții cu HIV etc.:

- ***pareza facială tip periferic unilaterală***, în funcție de afectarea gustului în cele 2/3 anterioare ale limbii, sensibilității şi masticației, poate beneficia de o deficiență uşoară, cu incapacitate **20-49%** şi nu se încadrează în grad de invaliditate, fiind, de obicei, reversibilă;
- ***pareza facială unilaterală*** cu lagoftalmie ireductibilă şi deci, subsecvent, leziuni ale polului anterior ale ochiului care pot fi definitive şi ireversibile, poate beneficia de o deficiență medie, cu o incapacitate între **50–69%** şi poate fi încadrabilă în gradul III de invaliditate (obligatoriu examenul oftalmologic tranşează deficiența). De obicei acest tip de pareză apare rareori izolat şi rareori într-un singur episod; ea este de cele mai multe ori recidivantă, iar diagnosticul etiopatogenic este incert;

– ***pareza facială periferică bilaterală*** este o entitate foarte rară, cel mai frecvent întâlnindu-se în poliradiculonevrite cu evoluție ascendentă, afectează grav masticația, deglutiția, vorbirea şi conduce la leziuni grave ale globilor oculari, dând un prognostic rezervat afecțiunii pe care o reprezintă, poate beneficia în sine de o deficiență accentuată, incapacitate **70-89%** şi poate fi încadrată în gradul II de invaliditate;
– ***parezele faciale tip central*** însoțesc de regulă diverse entități neurologice cu leziune dominantă în polul frontal şi fac parte din tabloul clinic al polului respectiv; în sine, nu conduc la deficiențe. În funcție de etiologie, se pot încadra în gradul III sau II (ex. formațiunile tumorale de pol frontal).

Perechea VIII (nervul acustico-vesibular)

Leziunile nervului acustic şi încadrarea tulburărilor lui în criteriile de expertiză se vor face la capitolul *Afecțiuni O.R.L.*:

– componenta vestibulară are două manifestări: ***sindromul vestibular central*** şi ***sindromul vestibular periferic***; sindroamele vestibulare se manifestă prin vertij sistematizat, nesistematizat, rotator, de poziție etc., nistagmus, ataxie, proba Romberg pozitivă, laterodeviații şi, în sine, conduc la deficiențe uşoare, cu incapacitate **20-49%** sau medii, cu incapacitate **50-69%,** fiind încadrabile şi în gradul III de invaliditate atunci când este vorba despre ataxii mari cu imposibilitatea menținerii ortostațiunii şi mersului (astazoabazie). Ele vor fi tratate mai pe larg la capitolul *Afecțiuni O.R.L.*

Perechea IX (nervul glosofaringian)

Răspunde parțial de masticație, deglutiție şi fonație.

– ***pareza de glosofaringian unilaterală*** cu tulburări de masticație, deglutiție şi fonație poate beneficia de o deficiență medie sau accentuată, cu o incapacitate între **50-69%** şi încadrare în gradul III, sau II (doi) de invaliditate (cu o incapacitate între **70-89%)**, în funcție de gravitatea tulburărilor de deglutiție; se poate întâlni în sindroame alterne de trunchi cerebral (ex. sindrom Wallenberg), procese expansive intracraniene cu afectări complexe şi combinate ale nervilor cranieni etc.
– ***pareza bilaterală de nerv glosofaringian*** este foarte rară, dar de o gravitate maximă, afectând în totalitate deglutiția, în special; poate beneficia în sine de o deficiență gravă, cu incapacitate **90-100%,** fiind încadrabilă în gradul I de invaliditate.
– ***nevralgia de nerv glosofaringian*** este foarte rară şi însoțeşte uneori celelalte manifestări din partea acestui nerv, nu beneficiază de deficiență funcțională; cu incapacitate **0-30%**, nu este încadrabilă în grad de invaliditate.

Perechea X (nervul vag)

Nervul vag nu dă tulburări specifice unei anumite bolii neurologice; este responsabil de tulburările de respirație care apar în sindroamele complexe de nervi cranieni şi afectează cu precădere muşchii diafragmului, reglând mişcările respiratorii şi implicit de deglutiție şi fonație.

Perechea XI (nervul spinal)

Cel mai frecvent, disfuncția sa conduce la torticolis; torticolisul, în formele evolutive de lungă durată în care nu au fost depistați alți factori, psihici sau extrapiramidali, poate beneficia de o deficiență uşoară, cu o incapacitate 2**0–39%** şi nu se încadrează în grad de invaliditate, sau, în formele grave, în care au fost epuizate toate modalitățile de tratament medicamentos şi chirurgical, poate beneficia de o deficiență medie sau chiar accentuată, cu o incapacitate între 5**0–69%,** sau peste **70%,** putându-se încadra în gradul III sau chiar II de invaliditate.

Torticolisul de cauză centrală este mai frecvent şi se poate încadra în gradul II sau III.

Perechea XII (nervul hipoglos)

Tulburările de motilitate din paraliziile de hipoglos unilaterale se pot încadra în gradul III de invaliditate. Paraliziile bilaterale de hipoglos se pot încadra în gradul II de invaliditate.

TULBURĂRI DE MANIPULAȚIE

– Deficit motor minim la un membru superior care nu afectează prehensiunea, gesticulația – incapacitate **0-19%** – nu se încadrează în grad de invaliditate.
– Deficit motor la un membru superior care afectează minim motilitatea, gestualitatea şi prehensiunea, incapacitate **20-49%,** nu se încadrează în grad de invaliditate.
– Deficit motor la un membru superior ce afectează motilitatea în special, dar şi prehensiunea, incapacitate **50-69%**, încadrabil în gradul III.

– Deficit motor total al unui membru superior ce împiedică activitatea zilnică, autoservirea şi activitatea profesională sau deficit motor bilateral moderat – incapacitate **70-89%**, gradul II de invaliditate.
– Deficit motor total la ambele membre superioare şi/sau asociat cu alte deficienţe (de locomoţie, vorbire etc.), care fac ca bolnavul să-şi piardă total capacitatea muncă şi de autoservire – incapacitate **90-100%**, gradul I de invaliditate.

TULBURĂRI DE LOCOMOŢIE

– Bolnavul se deplasează cu uşoară dificultate pe distanţe lungi, din cauza unui deficit motor al unui membru inferior sau al ambelor membre inferioare, dar care nu afectează desfăşurarea activităţii vieţii cotidiene sau profesionale – incapacitate **0-49%** – nu se încadrează în grad de invaliditate.
– Bolnavul se deplasează cu dificultate moderată şi pe distanţe scurte, dar fără sprijin, din cauza unui deficit motor al unui membru inferior sau al ambelor, putând să desfăşoare o activitate profesională, bineînţeles în funcţie de natura profesiei, (muncă intelectuală sau fizică), incapacitate **50-69%**, gradul III, în funcţie de etiologie.
– Bolnavul se poate deplasa sprijinit în baston (sprijin unilateral) sau nesprijinit, dar cu mare dificultate, neputând realiza mersul normal, nici chiar pentru distanţe scurte (10-50 metri); considerăm că are o deficienţă accentuată, cu o incapacitate **70-89%** şi este încadrabil în gradul II de invaliditate.
– Bolnavul nu se poate deplasa nici cu sprijin, nici fără sprijin, fiind dependent de un mijloc de transport adecvat (cărucior, alte dispozitive) şi nu îşi poate îndeplini activităţile vieţii cotidiene, sau nu îşi poate câştiga existenţa prin activitatea pentru care era pregătit (în special munca fizică), prezintă o deficienţă gravă cu incapacitate **90-94**% şi este încadrabil în gradul I de invaliditate.
– Dacă bolnavul prezintă deficit de locomoţie şi/sau manipulaţie de peste **95%** şi nu se poate autoservi, nu poate desfăşura nicio activitate şi necesită sprijin şi îngrijire din partea altei persoane (este nevoit să beneficieze de un însoţitor), beneficiază de incapacitate **100%,** fiind încadrabil în gradul I cu însoţitor; uneori există situaţii particulare (exclusiv muncă intelectuală) în care bolnavul, beneficiind de o asistenţă socială activată, poate presta activităţi legate exclusiv de capacitatea şi pregătirea intelectuală (de exemplu tetraplegii cu afectarea unor nervi cranieni); aceasta nu înseamnă că el nu beneficiază de acelaşi grad de invaliditate ca şi de necesitatea prezenţei însoţitorului, deoarece necesităţile lui sunt mult sporite din punct de vedere material, social, al suportului psihologic etc.

TULBURĂRI DE LIMBAJ ŞI DE VORBIRE

– Bolnavul prezintă tulburări de vorbire uşoare: disartrie, balbism, alte tulburări de vorbire specifice unor afecţiuni neurologice (vorbirea monotonă, monocordă din boala Parkinson, vorbirea explozivă din afecţiunile cerebeloase, vorbirea nazonată, dificilă, lentă, din miastenia gravis), incapacitate adaptativă **0-49%**, nu se încadrează în grad de invaliditate. Pentru anumite profesii (ex: profesor, avocat etc.) se poate încadra în gradul III.
– Bolnavul are tulburări de limbaj, de tipul tulburărilor afazice expresive, moderate (de obicei în sechelele accidentelor vasculare cerebrale, sechele după traumatisme cranio-cerebrale), nu poate elabora propoziţii simple sau complexe, dar poate exprima prin gesturi, cuvinte disparate, mimică etc. idei, trebuinţe sau se poate exprima în scris (eventual în funcţie de pregătirea profesională) prin stenodactilografie sau operare P.C., prezintă o deficienţă de limbaj medie ce îi permite exercitarea activităţilor vieţii cotidiene şi eventual efectuarea unor operaţiuni specifice profesiei, incapacitate **50-69%**, este încadrabil în gradul III de invaliditate, iar pentru unele profesii, gradul II (profesii ce presupun conţinutul expresiv şi receptiv al limbajului), cu incapacitate **70-89%**.
– Bolnavul are tulburări de limbaj de tip afazie expresivă complexă, dar şi elemente de înţelegere de tipul afaziei de recepţie – înţelege ordinele simple, pe cele complexe şi chiar le poate executa pe cele simple – prezintă o deficienţă accentuată, cu o incapacitate adaptativă **70-89%** şi este încadrabil în gradul II de invaliditate.
– Există şi situaţia cea mai gravă de afazie mixtă totală: bolnavul nu se poate exprima decât prin silabe sau cuvinte simple pe care le repetă dându-le un înţeles propriu („da-da“; „masă-masă“ etc.)

fără nicio legătură cu sensul cererii şi nu înţelege nici cele mai simple ordine („arată-mi nasul“, „ridică mâna dreaptă“, „ce este asta?“ etc.), deci devine incapabil de a desfăşura aproape orice fel de activitate (cu excepţia automatismelor mentale, subiect ce va fi dezvoltat la capitolul psihiatrie); nu se poate autoservi, autoconduce (prin imposibilitatea comunicării), beneficiază de o deficienţă gravă, cu o incapacitate **90-100%** şi este încadrabil în gradul I de invaliditate, de cele mai multe ori necesitând supraveghere şi îngrijire din partea altei persoane; incapacităţile de limbaj de gradul II şi I trebuie obligatoriu expertizate şi în serviciile de neurologie sau psihiatrie, cu ajutorul examenului neuropsihologic.

TULBURĂRI DE COORDONARE ŞI ECHILIBRU

În acest capitol se încadrează aşa numitele **ataxii,** care pot fi cerebeloase, vestibulare şi cele prin tulburări de sensibilitate profundă.

a. Ataxiile cerebeloase – bolnavul se deplasează cu dificultate, cu baza de susţinere lărgită, existând o dismetrie la probele cerebeloase pentru membrele superioare sau/şi membrele inferioare; ele pot influenţa în mod decisiv motricitatea în cazul în care se asociază cu sindroame piramidale centrale (hemipareze ataxice din AVC, parapareze ataxice din diverse afecţiuni neurologice care afectează căile cerebeloase spinale). Când se asociază deficite motorii cu sindroame cerebeloase, diagnosticul funcţional este dificil şi nu are valoare în ceea ce priveşte ataxia în sine. Pentru anumite profesii care implică coordonarea, se poate justifica şi gradul III sau II de invaliditate.

b. Tulburările vestibulare pot fi diagnosticate clinic şi cu ajutorul examenului O.R.L., iar capacitatea de muncă va fi apreciată prin colaborarea obligatorie a medicului neurolog care decelează sindromul şi a medicului O.R.L.-ist, care obiectivează aceste tulburări prin probe specifice: probe vestibulare, nistagmografie etc.

- Bolnavul se poate deplasa, mersul fiind posibil, dar cu oscilaţii, imprecis, având aspect specific de „om beat“; fatigabilitatea apare la distanţe mari, iar mişcările ce impun o mare fineţe şi control în desfăşurarea activităţii profesionale sunt uşor afectate – incapacitate **0-49% –** care în sine nu se încadrează în grad de invaliditate; de menţionat că gestualitatea sau motricitatea pot fi influenţate şi de deficitele motorii de tip sindrom de neuron motor central, sindroame extrapiramidale sau sindroame de neuron motor periferic; în consecinţă, rareori se va avea în vedere numai ataxia ce apare foarte rar izolat (uneori în scleroza multiplă, boala heredodegenerativă la debut etc.).
- Bolnavul se poate deplasa fără sprijin pe distanţe variabile, cu dificultate, cu oscilaţii, având dificultăţi de coordonare motrice şi de manipulaţie, neinfluenţate de deficite motorii (sindrom de neuron central, sindroame extrapiramidale sau sindroame de nervi periferici), beneficiază de o incapacitate de **50-69%,** fiind încadrabil în gradul III de invaliditate.
- Bolnavul se deplasează cu sprijin unilateral sau nesprijinit, dar cu mare greutate, cu baza de susţinere foarte lărgită, cu tendinţă la latero- sau postero-deviaţii în cazul sindroamelelor vestibulare, chiar dacă nu sunt asociate deficite motorii din cele menţionate mai sus; el beneficiază de o incapacitate de **70-89%,** neputând să desfăşoare activităţile vieţii cotidiene şi majoritatea activităţilor profesionale (în special cele ce impun muncă fizică grea, muncă de fineţe şi coordonare). Este încadrabil în gradul II de invaliditate.
- Bolnavul nu se poate deplasa decât cu ajutorul unei alte persoane sau a unor dispozitive specifice; în acelaşi timp, are deficienţă de manipulaţie în sensul coordonării chiar şi pentru mişcări mai puţin fine; în aceste situaţii, el nu îşi poate duce la bun sfârşit activităţile cotidiene şi nici obligaţiile profesionale (cel mai frecvent, deficienţele menţionate apar în coreea acută sau cronică, coreo-atetozele, tulburările vestibulo-cerebeloase din sclerozele multiple avansate, boala heredodegenerativă în stadiu avansat). Bolnavul beneficiază de incapacitate peste **90%**, fiind încadrabil în gradul I de invaliditate. În cazul apariţiei incapacităţii de autoconducţie, autoservire, orientare temporo-spaţială (prin modificării psihice şi/sau senzoriale), bolnavul poate beneficia de ajutorul unei alte persoane, deci este încadrabil în gradul I de invaliditate.

11. AFECȚIUNI NEOPLAZICE

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
– leziuni precanceroase – stadiul 0 (inițial, incipient), tratat – formele vindecate sau în remisiune de durată (fără modificări clinico-biologice la investigații repetate), după supraveghere de cel puțin 5 ani în gradul II sau III de invaliditate – absența recidivelor – sechele minore ale bolii sau ale tratamentului *Indice de performanță (IP) = 0*	Deficiență funcțională **ușoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
– stadiile I, II, III şi IV în cursul tratamentului oncologic grevat de reacții adverse – sechele ale bolii sau ale tratamentului *Indice de performanță (IP) 1 sau 2*	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
– stadiile I, II, III inițial, cu boală în evoluție în prezent (recidive, recurențe, metastaze) sub tratament – sechele importante ale bolii sau ale tratamentului greu de controlat terapeutic *Indice de performanță (IP) = 3*	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
– stadiile III, IV invalidante – stadiul terminal (în boala canceroasă) *Indice de performanță (IP) = 3 sau 4*	Deficiență funcțională **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă și autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**

Cuantificarea **indicelui de performanță** se realizează conform OMS sau ECOG* astfel

Criterii OMS, ECOG	Scor
Activitate fizică normală, asimptomatic	0
Simptomatic, uşoară scădere a activității fizice, dar capabil să efectueze treburile casnice cotidiene	1
Incapabil să muncească, poate efectua majoritatea activității casnice, necesită ocazional asistență, repaus la pat sub 50% din zi	2
Incapabil să se autoîngrijească, necesită asistență continuă sau spitalizare, evoluție rapidă a bolii, repaus peste 50% din zi	3
Imobilizat complet la pat, îngrijire medicală permanentă specializată	4

*ECOG – *Cooperative Oncology Group*

12. AFECȚIUNI DERMATOLOGICE

Afecțiunea. Forma clinică	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Dermatoze buloase – pemfigus vulgar – pemfigus seboreic – pemfigus vegetant în formele benigne – pemfigus foliaceu în formele uşoare de boală – pemfigoid bulos în perioada de remisiune – dermatita herpetiformă în perioada de remisiune	Deficiență funcțională **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
– pemfigus vegetant în formele maligne – pemfigus foliaceu în formele medii de boală – pemfigus seboreic în perioada de activitate – pemfigoid bulos în perioada de activitate – dermatita herpetiformă în perioada de activitate	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Cel puțin pe jumătate pierdută	**Gradul III**
– pemfigoidul benign al mucoaselor (leziuni la nivelul ochiului), sinblefarom, afectare corneeană	**deficiență în funcție de acuitatea vizuală**			
– pemfigus vegetant în forme maligne, cu alterarea stării generale, fără răspuns terapeutic – pemfigus foliaceu cu tendință rapidă la generalizare, cu afectare viscerală (renală, pulmonară), cu infecții secundare – pemfigoidul bulos cu febră, alterarea stării generale	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
Dermatoze alergice – eczema hiperkeratozică – urticaria cronică în formele care răspund la tratament – prurigo cronic Hebra – prurigo cronic Besnier, în formele uşoare	Deficiență funcțională **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
– urticaria cronică cu evoluție de peste 1 an (în condiții de tratament) – prurigo cronic Besnier când se adaugă tulburări psihice reactive sau asocieri viscerale	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	**Gradul III**
– angioedem recidivant				
– urticaria cronică, atunci când tratamentul cu corticoizi nu dă rezultate, afectează şi psihicul bolnavului – prurigo cronic Besnier – în funcție de intensitatea simptomelor, este însoțit de tulburări psihice sau asocieri viscerale	Deficiență funcțională **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
Dermatita de contact – dermatita de contact cu leziuni localizate, sensibile la tratament	Deficiență funcțională **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
– dermatita de contact cu leziuni extinse, rezistente la tratament, cu determinări la distanță	Deficiență funcțională **medie**	50-69%	Cel puțin jumătate pierdută	**Gradul III**
Lichenul plan – lichenul plan în perioada de remisiune, cu leziuni pe suprafețe mici	Deficiență funcțională **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate

– lichenul plan în perioada acută, cu leziuni extinse	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Cel puţin jumătate pierdută	**Gradul III**
Psoriazis – psoriasis eritrodermic sau pustulos în perioada de remisiune, cu suprafeţe mici afectate (PASI < 10) – psoriasis palmo-plantar în perioada de remisiune	Deficienţă funcţională **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
– psoriasis vulgar, eritrodermic sau pustulos cu suprafeţe mari afectate (PASI > 10), recidivante sau în tratament sistemic cronic – psoriasis palmo-plantar în perioada de activitate – psoriazis artropatic	Deficienţă funcţională **medie,** conform criteriilor de la capitolul *Afecţiuni reumatismale*	50-69%	Cel puţin jumătate pierdută	**Gradul III**
– psoriasis în formele severe, care nu răspund la tratament, cu stare generală alterată (febră, astenie, artralgii, poliadenopatie)	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
– psoriasis – în forme severe, cu tulburări grave de gestualitate şi locomoţie	Deficienţă funcţională **gravă**	90-100%	Capacitate de muncă şi autoservire în totalitate pierdută	**Gradul I**
Lupus eritematos cronic – lupus eritematos fix (discoid)	Deficienţă funcţională **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
– lupus eritematos cronic şi subacut diseminat în perioada de acutizare	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Cel puţin jumătate pierdută	**Gradul III**
– lupus eritematos sistemic	conform criteriilor de la capitolul *Afecţiuni reumatismale*			
Porfiria cutanată tardivă (PCT) – PCT	Deficienţă funcţională **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
– PCT cu afectare diseminată	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Cel puţin jumătate pierdută	**Gradul III**
Sclerodermia – în formele localizate sau la debut	Deficienţă funcţională **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate
– în formele care asociază fenomene de tip Raynand şi/sau tulburări trofice şi/sau atrofie musculară	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Cel puţin jumătate pierdută	**Gradul III**
– sclerodermia progresivă cu manifestări viscerale (digestive, renale sau pulmonare)	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
– sclerodermia progresivă în forme extinse cu caracter edematos şi agravarea tulburărilor viscerale	Deficienţă funcţională **gravă**	90-100%	Capacitate de muncă şi autoservire în totalitate pierdută	**Gradul I**
Dermatomiozita	conform criteriilor de la capitolul ***Afecţiuni reumatismale***			
Angiosarcomatoza Kaposi – în formele cu leziuni cutanate asociate cu determinări extracutanate (ganglionare, osoase, viscerale – asociate la un singur organ)	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Cel puţin jumătate pierdută	**Gradul III**
– în formele cu tulburări ale funcţiilor motorii, determinate de deformări, amputaţii şi/sau existenţa leziunilor viscerale multiple, în special cele digestive	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
– în formele cu tulburări funcţionale grave	Deficienţă funcţională **gravă**	90-100%	Capacitate de muncă şi autoservire în totalitate pierdută	**Gradul I**
Epidermoliza buloasă – în formele simple, fără afectare viscerală	Deficienţă funcţională **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează în grad de invaliditate

– în formele asociate, cu localizări viscerale şi/sau tulburări de gestualitate	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Cel puţin jumătate pierdută	**Gradul III**
– în formele grave, cu stenoză cicatricială esofagiană, cu afectare retiniană şi/sau alte distrofii	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
Radiodermitele cronice – în formele extinse, însoţite sau nu de afectarea gestualităţii segmentului respectiv	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Cel puţin jumătate pierdută	**Gradul III**
– în formele extinse, cu caracter mutilant	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
Verucile plantare – formele cu elemente multiple care afectează ortostatismul şi mersul	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Cel puţin jumătate pierdută	**Gradul III**
Ulcerul cronic de gambă Modificări pigmentare, eczemă, lipodermatoscleroză, ulcer vindecat	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Cel puţin jumătate pierdută	**Gradul III**
– ulcer de gambă activ	Deficienţă funcţională **accentuată**	50-69%	Cel puţin jumătate pierdută	**Gradul II**
Boli genetice dermatologice – afectare medie	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Cel puţin jumătate pierdută	**Gradul III**
– afectare severă	**accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
Vasculite – afectare medie	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Cel puţin jumătate pierdută	**Gradul III**
– afectare severă	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
Lepra – afectare medie	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Cel puţin jumătate pierdută	**Gradul III**
– afectare severă	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
Tuberculoza cutanată – afectare medie	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Cel puţin jumătate pierdută	**Gradul III**
– afectare severă	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
Limfoame cutanate – afectare medie	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Cel puţin jumătate pierdută	**Gradul III**
– afectare severă (sindrom Sezary)	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**
Herpes Zoster – algii postzosteriene	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Cel puţin jumătate pierdută	**Gradul III**
Tumori cutanate maligne – afectare medie: leziuni cu extindere > 20 cm^2	Deficienţă funcţională **medie**	50-69%	Cel puţin jumătate pierdută	**Gradul III**
– afectare severă: N > 1, M = 1	Deficienţă funcţională **accentuată**	70-89%	În totalitate pierdută	**Gradul II**

13. AFECȚIUNI OFTALMOLOGICE

- Pentru aprecierea invalidității oculare, sunt necesari obligatoriu cei doi parametri funcționali – AV (vederea centrală) şi CV (vederea periferică).
- AV şi CV, după care se stabileşte deficiența funcțională, se referă la ochiul cel mai bun şi cu corecția utilă cea mai bună.
- Orice stare patologică, indiferent de formă, stadiu clinic şi etiologie, care modifică AV şi CV, poate determina invaliditate oculară, conform baremului.

Afecțiunea. Forma clinică. Stadii	Diagnosticul funcțional	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Tulburări de transparență a mediilor oculare: – *cornee*: inflamații (keratite) de debut, traumatisme uşoare, afecțiuni degenerative – formă incipientă, periferică – *cristalin*: densificări neomogene – *vitros:* hemoragii punctiforme, trame inflamatorii **Afecțiuni retiniene** – R.D. stadiu neproliferativ, fără maculopatie **Vicii de refracție** – miopie medie: 4-6D – hipermetropie mică: +3D	AV = 1-2/3 CV = normal	**Fără** deficiență vizuală	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
	AV = 1/2-1/3 CV = normal	Deficiență vizuală **uşoară**	20-49%	Păstrată	Nu se încadrează
Tulburări de transparență a mediilor oculare: – *cornee*: inflamații (keratite) în evoluție, trenante, recidivate, traumatisme: eroziuni întinse central, afecțiuni degenerative evolutive (familiale) – *cristalin*: opacități omogene: subcapsular anterior, posterior – *vitros:* inflamații/uveite recidivate, hemoragii parțiale **Afecțiuni retiniene** – R.D. stadiu preproliferativ, proliferativ + maculopatie – dezlipire de retină ± ruptură – obstrucții venoase la debut **Vicii de refracție** – miopie forte; fortisimă: 14-15D – hipermetropie medie: + 3D → +6D, forte > +6D **Afecțiuni de nerv optic** – opticopatii parțiale	AV = 1/4-1/10 CV = redus > 10° până la 20°	Deficiență vizuală **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
	AV = 1/12-1/20 CV = redus cu peste 20° până la 40°	Deficiență vizuală **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
	AV < 1/20, pmm, pl, fpl CV = redus la 10° în jurul punctului de fixație	Deficiență vizuală **gravă**	90-100%	Capacitatea de muncă şi autoservire pierdute în totalitate (conform anchetei sociale)	**Gradul I**

– Pierderea unui ochi duce la încadrarea în gr. II – deficiență 70-89%, timp de 6 luni. Ulterior, deficiența funcțională se apreciază conform tabelului.
– Nu se poate încadra în grad de invaliditate nicio afecțiune oftalmologică curabilă chirurgical. Postoperator, se reevaluează funcțional şi clinic după 3 luni – pentru cataractă şi glaucom, după 12 luni – pentru transplant de cornee, dezlipire de retină şi vitrectomie posterioară.
– Diplopia determină deficiență vizuală de 50-69%, cu reevaluare clinică şi funcțională 3-6 luni.

– **Tumorile maligne intraoculare**, indiferent de acuitatea vizuală, determină o deficiență vizuală de 70-89% (**accentuată**).
– **Glaucomul diagnosticat** (CV, FO), indiferent de AV, determină deficiență vizuală ușoară (reevaluare funcțională la 6 luni).

	Diagnosticul funcțional	**Deficiența funcțională**	**Incapacitatea adaptativă**	**Capacitatea de muncă**	**Gradul de invaliditate**
Monoculus (un singur ochi funcțional)	AV = 1 f.c. CV= normal	Deficiență vizuală **ușoară**	0-19%	Păstrată	Nu se încadrează
	AV ≤ 1 (2/3, 1/2, 1/3) cu corecție permanentă CV = normal	Deficiență vizuală **medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
	AV ≤ 1/4 - 1/9, cu corecție permanentă CV redus 10-20 grade	Deficiență vizuală **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
	AV ≤ 1/10, cu corecție permanentă CV redus 20-40 grade	Deficiență vizuală **gravă**	90-100%	Capacitate de muncă și de autoservire pierdute în totalitate	**Gradul I**

14. EVALUAREA CAPACITĂTII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE O.R.L.

Diagnosticul se bazează pe:
1) examene clinice de specialitate:
– examen ORL;
– examen radiologic;
– examen neurologic;
– examen oftalmologic.
2) examene funcționale:
– audiometrie (subiectivă – liminară şi supraliminară sau audiometrie vocală şi obiectivă cu potențiale evocate);
– impedansmetrie;
– posturografie dinamică computerizată;
– otoemisiuni acustice;
– electromistagmografie;
– craniocorpografie.

A. Tulburările de auz

Consecința afecțiunilor otice este scăderea de auz, scădere produsă prin diferite mecanisme fiziopatologice în raport de segmentul afectat şi de cauza care le-a produs (tulburări de tip transmisie, tulburări de tip neuro-senzorial, tulburări de tip mixt).

Atunci când nu se poate preciza cauza generatoare, se formulează diagnosticul de hipoacuzie sau cofoză.

Surditatea se poate instala brusc sau se constituie treptat, în timp, şi poate fi unilaterală sau bilaterală.

Surditatea congenitală sau dobândită precoce, înaintea achiziționării limbajului se însoțeşte de mutitate, iar când este dobândită tardiv, după achiziționarea limbajului, se constată pierderea controlului asupra propriei voci şi perceperea greşită a unor consoane.

Scăderea sau abolirea unilaterală a auzului este compensată în cea mai mare parte de urechea controlaterală, iar deficiența funcțională generată este practic neobservabilă în viața de toate zilele. În cazul unei asimetrii între pragurile auditive tonale ale celor două urechi, localizarea surselor sonore se face cu dificultate, deoarece nu va avea loc, practic, o stereoaudiție.

Deficiența funcțională auditivă determină un anumit grad de tulburare de comunicare. În procesul de comunicare intervine, pe lângă recepția mesajului, şi reacția de răspuns la mesaj, care poate fi vorbit, prin limbaj mimico-gestual etc. Fiecăruia dintre cei doi termeni ai comunicării îi revine o parte egală.

În cazul surdității brusc instalate, cu deficiență accentuată sau gravă, pacienții pot fi încadrați în gradul II de invaliditate pentru o perioadă limitată, până la un an, pentru acomodare la noua situație.

Scăderea de auz este apreciată ca reprezentând circa 40% din capacitatea globală adaptativă, astfel:

Pierderea auditivă	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
0-25 db.	**Fără** deficiență	5%	Păstrată	Nu se încadrează
26-35 db.	Deficiență **ușoară**	6-10%	Păstrată	Nu se încadrează
36-70 db.	Deficiență **medie**	11-25%	Păstrată	Nu se încadrează
71-80 db.	Deficiență **accentuată**	26-30%	Păstrată	Nu se încadrează
peste 81 db.	Deficiență **gravă**	31-40%	Păstrată	Nu se încadrează

B. Tulburările de vorbire

Cuprind tulburările de limbaj vorbit, tulburările de articulare şi tulburările de pronunție. Gradul de incapacitate generat de tulburarea de vorbire se adaugă celui determinat de deficiența de auz. În situația persoanelor afectate de surdo-mutitate, însumarea deficienței grave de auz cu deficiență gravă de vorbire ar determina o evaluare a incapacității adaptative de 70%.

C. Tulburările vestibulare

Tulburările echilibrului survin atunci când există o deficiență funcțională mai mare de 20-30% între cele două vestibule. Hipo- sau hiperexcitabilitatea vestibulară bilaterală nu este de natură să inducă dezechilibrul persoanei. Tulburările vestibulare, în contextul unor afecțiuni neurologice, vor fi evaluate conform criteriilor de la capitolul respectiv.

D. Afectarea regiunii naso-buco-faringo-laringiene şi esofagiene

Regiunea naso-buco-faringo-laringiană şi esofagiană este o continuitate structurală şi o încrucişare de căi cu inervație complexă, determinând o simptomatologie clinică variată, care poate afecta capacitatea adaptativă a organismului.

Din multitudinea de afecțiuni proprii acestei regiuni, vom reține doar pe acelea care determină pierderea capacității de muncă total sau parțial, astfel:

1. Afecțiuni ale nasului şi ale sinusurilor

Dintre afecțiunile nasului, în mod excepțional se poate evalua capacitatea de muncă pierdută cel puțin jumătate cu I.A. 50-69% pentru cazurile de ozenă neoperată sau rinită atrofică posttraumatică.

2. Afecțiunile esofagului

Afecțiunile esofagiene sunt evaluate din punct de vedere al incapacității adaptative şi al expertizei capacității de muncă la capitolul privind *Afecțiunile digestive*.

3. Afecțiunile laringelui

- a. *Diplegia recurențială* (în poziție de abducție sau adducție), cu păstrarea vocii, dar cu dificultăți în respirație, se apreciază în funcție de tulburările ventilatorii şi în contextul bolii de bază.
- b. *Ablația laringelui*, cu traheostomă permanentă cu sau fără erigmofonație; deficiență accentuată prin tulburări ventilatorii, de vorbire şi de prognostic, IA 70-89%, gradul II de invaliditate.
- c. *Stenoze laringiene* (postcaustice, postradioterapie, iatrogene etc).

4. Afecțiunile traheei

Stenozele de diferite grade pot determina tulburări ventilatorii. Evaluarea va ține seama de particularitățile terapeutice (dilatații, lavaj periodic, endoproteză etc.), de complicații (frecvența episoadelor supurative bronho-pulmonare) şi de prognostic.

15. BOLI PROFESIONALE

PNEUMOCONIOZELE COLAGENE ŞI MIXTE

Încadrarea în grade de invaliditate a cazurilor de pneumoconioze **confirmate în clinicile de boli profesionale** se bazează pe:

1. Elemente clinice: severitatea dispneei, scăderea toleranței la efort etc.
2. Elemente funcționale: stadiul bolii conform codificării radiologice internaționale şi severitatea disfuncției ventilatorii; severitatea alterării transferului gazos şi toleranța la efort – în cazurile în care determinarea acestora este posibilă – vor fi interpretate conform criteriilor din capitolul *Afecțiuni respiratorii – Pneumopatii interstițiale difuze*.

Observație: Se vor avea în vedere particularitățile clinice şi evolutive ale acestor afecțiuni: există frecvent neconcordanțe între stadiul radiologic şi severitatea afectării funcției ventilatorii; evoluția este ireversibilă, severă, slab influențată de tratament.

Afecțiunea	Deficiența funcțională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă	Gradul de invaliditate
Pneumoconioze colagene şi mixte				
stadiul I (1p, q, r – silicoză; 1 s, t, u – azbestoză)	**uşoară**	20-49%	Păstrată (scoatere din mediu)	Nu se încadrează
stadiul I / II (2 p, q, r; 2 s, t, u) – fără disfuncție ventilatorie (DV) sau DV uşoară	**uşoară**	20-49%	Păstrată (scoatere din mediu)	Nu se încadrează
– DV uşoară, moderată	**medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
– DV severă	**accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
stadiul II (3 p, q, r; 3 s, t, u) – DV moderată	**medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
– DV severă	**accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
stadiul II / III (ax) - DV moderată	**medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
– DV severă	**accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
stadiul III (ABC)	**accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
silicotuberculoza	**accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**
insuficiență respiratorie cronică manifestă, insuficiență cardiacă dreaptă ireductibilă, necesită oxigenoterapie de lungă durată (OLD)	**gravă**	90-100%	Capacitate de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**
Bisinoza				
– stadiul 1/2	**uşoară**	20-49%	Păstrată (scoatere din mediu)	Nu se încadrează
– stadiul 1	**uşoară**	20-49%	Păstrată (scoatere din mediu)	Nu se încadrează
– stadiul 2	**medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
– stadiul 3 – disfuncție ventilatorie moderată	**medie**	50-69%	Pierdută cel puțin jumătate	**Gradul III**
– disfuncție ventilatorie severă	**accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate	**Gradul II**

– insuficienţă respiratorie cronică – manifestă, insuficienţă cardiacă dreaptă ireductibilă, necesită oxigenoterapie de lungă durată (OLD)	**gravă**	90-100%	Capacitate de muncă şi autoservire pierdută în totalitate	**Gradul I**
Boala cronică de iradiere – prin iradierea externă a întregului corp – prin iradierea externă a tegumentului – prin iradiere internă	– conform criteriilor de la afecţiunile hematologice – conform criteriilor de la afecţiunile dermatologice – în funcţie de organul afectat şi de natura agentului cauzal			
Intoxicaţiile profesionale	– conform criteriilor care privesc organele, aparatele sau sisteme afectate			
Astmul bronşic profesional	– conform criteriilor de la *Astmul bronşic*			
Cancerul profesional	– conform criteriilor de la afecţiunile neoplazice			
Surditatea profesională	– conform criteriilor de la afecţiunile orl			
Afecţiunile oftalmologice profesionale	– conform criteriilor de la afecţiunile oftalmologice			
Boala de vibraţii a) generală b) locoregională	a) conform criteriilor care privesc organele, aparatele sau sistemele afectate b) osteoartropatia – conform criteriilor privind afecţiunile aparatului locomotor sindromul raynaud profesional – în forma medie (5-7 puncte pyykko) se recomandă schimbarea locului de muncă şi reducerea timpului de expunere la vibraţii; în forma severă (8-10 puncte pyykko), deficienţa funcţională se apreciază în funcţie de severitatea afectării gestualităţii profesionale			

NB: Bolile profesionale, altele decât cele menţionate în tabelul de mai sus, respectă criteriile care privesc organele, aparatele sau sisteme afectate.

16. INFECȚIA HIV/SIDA

CRITERII DE LABORATOR ÎN INFECȚIA HIV LA ADULȚI

Detectarea anticorpilor anti-HIV include:
- două determinări pozitive efectuate cu truse de tip ELISA, utilizând două tehnici diferite, la două probe de sânge prelevate separat;
- obligatoriu test de confirmare de tip Western blot

sau
- detectarea acidului nucleic prin PCR (AND sau ARN).

Categorii clinice de infecție HIV la adulți

(după Centrul de Control al Bolilor – Atlanta, SUA, 1993)

Categorii după celulele CD4 ± µl	**A** **Asimptomatici/infecție acută/ adenopatie generalizată persistentă**	**B** **Simptomatic, dar nu A sau C**	**C** **Manifestările clinice de SIDA**
(1) ≤ 500 cel/mmc	A1	B1	C1
(2) 200-499 cel/mmc	A2	B2	C2
(3) < 200 cel/mmc (= indicator celular de SIDA)	A3	B3	C3

Deficiența funcțională	**Incapacitatea adaptativă**	**Capacitatea de muncă Gradul de invaliditate**
1. **Fără** deficiență funcțională (A1) – infecție HIV asimptomatică (vezi criteriile de laborator pentru infecția HIV) – infecție HIV simptomatică (sindrom retroviral acut) – adenopatii generalizate persistente – în tratament antiretroviral	10-19%	Capacitate de muncă pastrată. **Nu se încadrează în grad de invaliditate**
2. Deficiență globală **ușoară** (B1) – manifestări clinice din cauza infecției HIV sau a scăderii imunității celulare: angiomatoză bacilară, candidoză orofaringiană, candidoză vulvovaginală, – simptome constituționale (febră/diaree cu durata de peste 1 lună) – Herpes Zoster (cel puțin 2 episoade sau 2 dermatoame) – purpură trombocitopenică idiopatică – boli inflamatorii pelvine, – neuropatie periferică	20-49%	Capacitate de muncă păstrată. **Nu se încadrează în grad de invaliditate** ITM până la limita maximă
3. Deficiență globală **medie** (A2, B2) – manifestările clinice de la punctele 1 şi 2, dar cu valori ale CD4 = 200-500 cel/mmc plus – displazia cervicală uterină, – listerioză	50-69%	Capacitate de muncă pierdută cel puțin jumătate **Gradul III** de invaliditate

4. Deficienţă globală **accentuată** (A3, B3, C1, C2, C3) – manifestările clinice de mai sus, dar cu valori ale CD4 < 200 cel/mmc (categoriile clinico-imunologice A3 şi B3) plus – infecţie cu virus *Herpes Simplex*, ulcer cutaneomucos persistent (durata de peste 1 lună) sau bronşite, pneumonii, esofagite cu orice durată – sarcom Kaposi (cu leziuni cutanate sau mucoase) – sepsis recurent cu *Salmonella* (netifoidică) – pneumonie recurentă (mai mult de un episod pe an) cu caracter acut, persistent – candidoză esofagiană – encefalopatia HIV la debut	70-89%	Capacitate de muncă pierdută în totalitate **Gradul II** de invaliditate Pentru categoriile C1, C2 şi C3 nu mai este necesară revizuirea încadrării (încadrare definitivă)
5. Deficienţă globală **gravă** – infecţii cu *M. tuberculosis* cu orice localizare, pulmonară sau extrapulmonară – pneumonia cu *Pneumocystis carinii* – infecţii cu *Mycobacterii* atipice de tip diseminat – criptococoză extrapulmonară – candidoză pulmonară – histoplasmoză diseminată – sarcom Kaposi visceralizat (pulmonar şi alte diseminări – limfom Burkitt, imunoblastic, non hodgkinian, limfom cu celule mari de tip B, limfom de fenotip imunologic necunoscut – limfom primar cerebral – leucoencefalopatia HIV – encefalopatia HIV (Complex demenţial SIDA) – infecţii cu CMV (retinita CMV, infecţii ale SNC etc.) – toxoplasmoză cerebrală cu simptomatologie neurologică (deficite motorii, paralizii de nervi cranieni, panhipopituitarism, mielopatie cervicală, toracică şi sindrom de con medular) cu caracter de focalizare sau prin modificări ale stării de conştienţă – retinocoroidită necrotizantă toxoplasmotică sau cu virus varicelozosterian – sindromul de emaciere HIV (*Wasting sindrom*)	90-100%	Capacitatea de muncă şi de autoservire în totalitate pierdută **Gradul I** de invaliditate. Nu mai este necesară revizuirea încadrării (încadrare definitivă)

17. EVALUAREA DIAGNOSTICULUI CLINIC ŞI FUNCȚIONAL ÎN EXPERTIZA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ A TULBURĂRILOR PSIHIATRICE

I. Coordonate generale

Criteriile de diagnostic clinic vor fi conforme cu ICD-10 (codificarea tulburării psihiatrice) şi/sau DSM-IV-TR pentru evaluarea clinică şi funcțională.

Utilizarea diagnosticului multiaxial permite obiectivizarea diagnosticului funcțional, ținând cont de dinamica evolutivă şi posibilitatea de cuantificare atât în momentul inițial al diagnosticului, cât mai ales pe parcursul evaluărilor periodice care trebuie să țină cont de aspectele următoare:

• Comorbidități psihiatrice şi somatice, raportul lor cu diagnosticul aflat pe axa I, precizarea raportului de cauzalitate între suferința primară şi secundară.

• Modificările organice de personalitate şi/sau diminuarea abilităților cognitive în raport cu evoluția suferinței principale, sau a altor condiții patologice pot fi factori de vulnerabilitate suplimentară pentru riscul de recidivă şi rezistență terapeutică.

În cadrul componentei somatice va fi acordată o atenție specială efectelor adverse induse de medicația psihotropă necesară şi oportună pentru menținerea remisiunii:

– manifestări extrapiramidale – posibil de cuantificat prin scalele AIMS, BARNES etc.;
– sindromul cardiometabolic – creşterea în greutate, dislipdemiile, EKG, diabetul zaharat, prelungirea intervalului QT;
– niveluri de prolactină crescute.

Evaluarea corectă a remisiunilor, remisiunile parțiale, incomplete sau cu simptome reziduale antrenând dizabilități psihiatrice ce pot afecta într-o manieră evidentă capacitatea funcțională în vederea exercitării unei profesii.

Evaluarea interferării în evoluția bolii a unor evenimente psihotraumatice majore sau a unor comportamente antisociale.

II. Criterii de diagnostic funcțional

În scopul creşterii obiectivității diagnosticului funcțional, se recomandă utilizarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*). Scala GAFS este validată internațional.

Scala globală de evaluare a funcționalității sociale (GAFS)

100-91	– funcționează la nivel superior într-o gamă largă de activități; – problemele existenței par să nu scape niciodată de sub control; – este apreciat de ceilalți datorită calităților sale; – niciun simptom psihopatologic.
90-81	– simptome absente sau minime (de exemplu, anxietate uşoară înaintea unui examen); – funcționare bună în toate zonele de activitate; – este interesat şi implicat într-o gamă largă de activități; – este eficient social, în general satisfăcut de viață; – nu are mai mult decât problemele şi grijile de fiecare zi (de exemplu, o ceartă ocazională cu membrii familiei).

80-71	– dacă sunt prezente simptome psihopatologice, ele sunt tranzitorii şi sunt reacţii comprehensibile la stresori psihosociali (de exemplu, dificultăţi de concentrare după un conflict cu familia); – nu mai mult decât tulburări discrete în funcţionarea socială, ocupaţională sau şcolară (de exemplu, rămâne pentru scurt timp în urmă cu temele);
70-61	– simptome uşoare (de exemplu, dispoziţie depresivă sau insomnie uşoară); – unele dificultăţi în funcţionarea socială, ocupaţională sau şcolară (de exemplu, chiul ocazional sau furturi din casă), dar funcţionarea generală este relativ bună); – există câteva relaţii interpersonale semnificative.
60-51	– simptome moderate (de exemplu, aplatizare afectivă, vorbire circumstanţială, ocazional atacuri de panică); – dificultate moderată în funcţionarea socială, ocupaţională sau şcolară (de exemplu, prieteni puţini, conflicte cu colegii, salariaţii).
50-41	– simptome serioase (de exemplu, ideaţie suicidară, ritualuri obsesionale severe, furt frecvent din magazin); – tulburări severe în funcţionarea socială, ocupaţională sau şcolară (de exemplu, fără prieteni, incapabil de a-şi păstra slujba).
40-31	– tulburări în testarea realităţii sau în comunicare (de exemplu, în unele momente vorbirea este ilogică, obscură, irelevantă); – tulburări majore în unele domenii, printre care: judecată, gândire, dispoziţie, muncă sau şcoală, relaţii din familie (de exemplu, persoana depresivă care îşi evită prietenii, îşi neglijează familia, este incapabil de muncă, manifestă agresivitate, înregistrează eşecuri şcolare).
30-21	– comportament influenţat considerabil de delir sau halucinaţii; – tulburare severă în comunicare sau judecată (de exemplu, uneori incoerent, acţionează evident neconcordant cu situaţia); – preocupări suicidare; – incapacitate de a funcţiona în majoritatea domeniilor: social, ocupaţional sau familial (de exemplu, stă în pat toată ziua, nu are serviciu, nu are prieteni).
20-11	– există pericol de a face rău altora sau sieşi (de exemplu, tentative suicidare); – frecvent violent, agresivitate sau excitaţie maniacală; – nu reuşeşte să menţină o minimă igienă personală; – tulburare grosieră în comunicare (de exemplu, incoerenţă cvasipermanentă).
10-1	– pericol persistent de a produce rănire severă altora sau sieşi (de exemplu, violenţă recurentă); – inabilitate persistentă de a menţine igiena personală minimă; – acte homicidare; – expectaţie mare de moarte; – frecvente tentative de suicid.

III. Corelaţia între scala GAFS (evaluarea globală a funcţionalităţii sociale), deficienţa funcţională, incapacitatea adaptativă şi capacitatea de muncă

Scorul GAFS-SEGFS	Deficienţa funcţională	Incapacitatea adaptativă	Capacitatea de muncă
100-81 80-61	**Fără** deficienţă psihică Deficienţă psihică **uşoară**	0-19% 20-49%	Păstrată
60-41	Deficienţă psihică **medie**	50-69%	Pierdută cel puţin jumătate, **gradul III**
40-21	Deficienţă psihică **accentuată**	70-89%	Pierdută în totalitate, **gradul II**
20-1	Deficienţă psihică **gravă**	90-100%	Capacitate de autoservire pierdută, **gradul I**

CRITERIILE DE EVALUARE PENTRU APRECIEREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ PROPUSE DE INSTITUTUL NAȚIONAL DE EXPERTIZĂ A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ

TULBURĂRI MENTALE ORGANICE

Sunt tulburări mentale cu etiologie organică, constând fie în boală sau afectare cerebrală, fie în perturbări ce produc disfuncții cerebrale.

Disfuncția poate fi:

– primară – ca în boli, leziuni sau traumatisme ce afectează direct sau cu predilecție creierul;
– secundară – ca în bolile sau tulburările sistemice ce afectează atât creierul, cât şi alte organe şi sisteme ale organismului.

DEMENȚA

Marea majoritate a demențelor constituie o clasă de afecțiuni neurogenerative caracterizate prin alterarea persistentă şi progresivă atât a funcțiilor cognitive (memoria, intelectul, cunoaşterea, limbajul, judecata), cât şi a celor noncognitive (afectivitatea, percepția, comportamentul), cu evoluție către invaliditate.

Criterii de diagnostic clinic DSM-IV-TR

1. Dezvoltarea mai multor deficite cognitive, dintre care obligatoriu:

a) Afectarea memoriei (scăderea capacității de a învăța informații noi sau de a evoca informații sau evenimente petrecute anterior).
b) Cel puțin una dintre următoarele:
   i afazie;
   ii apraxie;
   iii agnozie;
   iv perturbarea funcției executive.

2. Deficitele cognitive menționate mai sus reprezintă un declin față de nivelul anterior de funcționare şi fiecare cauzează afectarea semnificativă a funcționării sociale sau ocupaționale.
3. Deficiențele cognitive menționate mai sus nu apar exclusiv în cursul unui episod de delirium.
4. Criteriile de diagnostic specifice se adaugă pentru stabilirea diferitelor etiologii ale demenței.
5. Afectarea memoriei trebuie să fie prezentă, însă, uneori, poate să nu fie simptomul predominant.
6. Pentru a putea stabili diagnosticul de demență, deliriumul şi orice alt tip de tulburare confuzională trebuie exclusă prin diagnostic diferențial.

Forme clinice

– demență de tip Alzheimer:
  • cu debut precoce;
  • cu debut tardiv.
– demență vasculară:
  • cu debut acut;
  • prin infarcte multiple;
  • subcorticală.
– demență cauzată de boala Pick.
– demență cauzată de boala Creutzfeld–Jakob.
– demență cauzată de boala Huntington.
– demență cauzată de boala Parkinson.
– demență cauzată de maladia HIV.
– demență cauzată de traumatismul cranian.
– demență cauzată de alte condiții medicale generale.
– demență persistentă indusă de o substanță.
– demență cauzată de etiologii multiple.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor cognitive, precum şi a celor non-cognitive (depresie, delirium, sindrom de dependență de substanțe) conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (MMSE şi testul ceasului), paraclinice, EEG şi neuroimagistice (CT, RMN Cerebral), precum şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Demență forma uşoară* Scor MMSE = 20-26	Deficiență psihică **medie**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate
Demență în forma medie* Scor MMSE = 11-19	Deficiență psihică **accentuată**	75-90%	**Gradul II** de invaliditate
Demență în forma severă/gravă* Scor MMSE = 3-10	Deficiență psihică **gravă**	90-100%	**Gradul I** de invaliditate, necesită supraveghere permanentă din partea altei persoane

* În aprecierea diagnosticului funcțional se va ține seama de prezența manifestărilor noncognitive (delirium, idei delirante, halucinații, depresie, tulburări de comportament).

** Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

DELIRIUM

Elementul esențial îl constituie obnubilarea conştiinței şi o modificare în cunoaştere, debutul este relativ rapid şi evoluția fluctuantă, tulburările fiind determinate de condiția medicală generală sau induse de o substanță sau cauzate de o etiologie multiplă.

Criterii de diagnostic clinic DSM-IV-TR

Tulburarea conştienței cu scăderea capacității de concentrare a atenției.

Modificarea cogniției sau apariția unei tulburări de percepție.

Tulburarea se dezvoltă într-o perioadă de timp şi tinde să fluctueze pe parcursul zilei.

Istoricul, examenul somatic şi datele de laborator furnizează date potrivit cărora tulburarea este consecința fiziologică directă a unei condiții medicale generale sau indusă de o substanță, sau determinată de o etiologie multiplă.

Diagnostic funcțional

Se stabileşte după investigație clinică complexă: somatică, neurologică, psihică, analize biochimice, investigații imagistice, radiografii, CT, RMN, ecografii, EEG.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Delirium	Deficiență psihică **accentuată**	75-90%	**Gradul II** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Funcționing Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA AMNESTICĂ

Tulburarea amnestică se caracterizează printr-o perturbare a memoriei cauzată fie de o condiție medicală generală, fie de efectele persistente ale unor substanțe.

Criterii de diagnostic clinic DSM-IV-TR

A. Dezvoltarea unei deteriorări a memoriei, manifestată prin perturbarea capacității de a învăța informații noi, sau incapacitatea de a evoca evenimente petrecute anterior.
B. Perturbarea memoriei determină o scădere semnificativă în funcționarea socială şi profesională şi reprezintă un declin semnificativ de la nivelul anterior de funcționare.
C. Perturbarea memoriei nu survine exclusiv în cursul unui delirium sau demențe.
D. Din istoric, examenul somatic sau datele de laborator arată că perturbarea este consecința fiziologică a unei condiții medicale generale/induse de o substanță.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor cognitive conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (MMSE şi testul ceasului), paraclinice – inclusiv examen toxicologic, EEG şi neuroimagistice (CT, RMN Cerebral), precum şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Tulburări moderate ale funcției mnezice globale cu relativă conştientizare	Deficiență psihică **moderată**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate
Tulburări severe ale funcției mnezice globale, confabulații, absența criticii	Deficiență psihică **accentuată**	75-90%	**Gradul II** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA DELIRANTĂ ORGANICĂ

Criterii de diagnostic clinic

1. Ideile delirante persistente sau recurente sunt elementul central.
2. Nu există obnubilare, pierderea capacităților intelectuale sau halucinații.
3. Prezen□a factorilor organici.

Aceste tulburări apar în consumul de substanțe psihoactive (amfetamine, canabis, halucinogene), epilepsia temporală, coreea Huntington, leziuni ale emisferului nedominant.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor cognitive în urma examinării psihologice, paraclinice, EEG şi neuroimagistice (CT, RMN Cerebral), cât şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Deteriorare cognitivă uşoară, stereotipii, disforie	Deficiență psihică moderată	50-75%	**Gradul III**
Gândire magică, ritualuri, disforie, perplexitate, vorbire dezlânată sau incoerentă, inhibiție psihomotorie sau neliniște	Deficiență psihică **accentuată**	75-90%	**Gradul II**
Potențial marcat de periculozitate	Deficiență psihică **gravă**	90-100%	**Gradul I** necesită supraveghere permanentă din partea altei persoane

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA AFECTIVĂ ORGANICĂ

Elementul esențial este o tulburare de dispoziție asemănătoare unui episod maniacal sau depresiv major, determinată de un factor organic specific.

Criterii de diagnostic clinic

1. Tulburarea dispoziției cu cel puțin 2 din simptomele asociate menționate la episodul maniacal sau depresiv.
2. Nu există obnubilare, deteriorarea activității intelectuale, idei delirante sau halucinații.
3. Prezența factorilor organici.

Diagnosticul funcțional, al incapacității şi al capacității de muncă este identic cu cel indicat la capitolul *Tulburări de afectivitate*.

TULBURAREA ANXIOASĂ ORGANICĂ

Criterii de diagnostic clinic
- prezența etiologiei organice;
- prezența anxietății generalizate;
- prezența atacurilor de panică;
- asocierea altor tulburări.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor cognitive în urma examinării psihologice, paraclinice, EEG şi neuroimagistice (CT, RMN Cerebral), precum şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Anxietate generalizată sau episoade paroxistice. Nu interferează cu activitatea profesională	Deficiență psihică **ușoară**	20-49%	Păstrată
Prezente cele două forme de anxietate care interferează cu activitatea profesională	Deficiență psihică **moderată**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate
Frecvente decompensări cu interferența importantă a activității profesionale şi a relațiilor sociale, izolare	Deficiență psihică **accentuată**	75-90%	**Gradul II** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA DISOCIATIVĂ ORGANICĂ

Criterii de diagnostic clinic
- fondul organic prezent;
- pierderea parțială sau completă a integrării normale în amintirile din trecut, continuitatea identității şi a senzațiilor mediate şi controlul mişcărilor corporale.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor cognitive în urma examinării psihologice, paraclinice, EEG şi neuroimagistice (CT, RMN cerebral), precum şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitate	Capacitatea de muncă
Tulburări de intensitate nevrotică	Deficiență psihică usoară	20-49%	Păstrată
Tulburări de intensitate psihotică, cu scăderea posibilităților compensatorii ale bolnavului	Deficiență psihică **moderată**	50-75%	**Gradul III**

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

LABILITATEA EMOTIONALĂ ORGANICĂ

Criterii de diagnostic clinic
- labilitate sau incontinență emoțională;
- disconfort cenestezic;
- prezența certă a factorului organic.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor cognitive în urma examinării psihologice, paraclinice, EEG şi neuroimagistice (CT, RMN cerebral), precum şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Labilitate emoțională organică	Deficiență psihică **ușoară**	20-49%	Păstrată
Coexistența cu tulburări somatoforme importante	Deficiență psihică **moderată**	50-75%	Gradul III de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA ORGANICĂ DE PERSONALITATE

Criterii de diagnostic clinic

1. – marcată modificare a personalității şi a comportamentului care era obişnuit individului înainte de a interveni boala;
   – labilitate emoțională;
   – deteriorarea conținutului pulsional şi a simțului critic;
   – apatie marcată şi indiferență;
   – suspiciozitate şi ideație paranoidă.
2. – nu există obnubilare, deteriorare intelectuală, idei delirante, tulburări ale dispoziției sau halucinații.
3. prezența certă a factorului organic.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor cognitive în urma examinării psihologice, paraclinice, EEG şi neuroimagistice (CT, RMN cerebral), precum şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatee de muncă
Suspiciozitate, deteriorare cognitivă ușoară, iritabilitate	Deficiență psihică **ușoară**	20-49%	Păstrată
Comportament inacceptabil, disforie	Deficiență psihică **moderată**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate
Comportament impulsiv, exploziv, antisocial, periculozitate, deficit important de autocontrol	Deficiență psihică **accentuată**	75-90%	**Gradul II** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURĂRI MENTALE ŞI DE COMPORTAMENT DETERMINATE DE CONSUMUL DE ALCOOL SAU ALTE SUBSTANŢE PSIHOACTIVE
(opiacee, cocaină, stimulente, halucinogene)

SINDROMUL DE DEPENDENŢĂ

Criterii de diagnostic clinic DSM-IV-TR:

Un model dezadaptativ de uz de o substanţă care duce la deteriorare sau scădere semnificativă clinic manifestată prin trei sau mai multe din următoarele:

- toleranţă;
- abstinenţă;
- substanţa este luată în cantităţi mai mari sau o periodă mai lungă de timp decât era preconizat;
- există o dorinţă persistentă de a suprima sau controla uzul de substanţă;
- o mare parte a timpului este ocupată cu activităţi necesare obţinerii substanţei, uzului substanţei sau recuperii din efectele acesteia;
- activităţile sociale profesionale sau recreaţionale sunt abandonate sau reduse din cauza uzului de substanţe;
- uzul de substanţe este continuat, de□i subiectul ştie că are o problemă somatică sau psihologică persistentă sau recurentă care este posibil să fi fost cauzată sau exacerbată de substanţă.

Specificanţi:

- cu dependenţă fiziologică;
- fără dependenţă fiziologică;
- remisiune completă precoce;
- remisiune parţială precoce;
- remisiune completă persistentă;
- remisiune parţială persistentă;
- subterapie agonistă;
- în mediu controlat.

Diagnostic funcţional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensităţii tulburărilor cognitive în urma examinării psihologice, paraclinice, inclusiv toxicologice, EEG şi neuroimagistice (CT, RMN cerebral), precum şi a investigaţiei sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcţional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Tulburări psihice uşoare care nu deranjează anturajul şi nu interferează cu activitatea profesională	**Fără** deficienţă	0-19%	Păstrată
Tulburări de atenţie, iritabilitate deficit de autocontrol	Deficienţă psihică **uşoară**	20-49%	Păstrată
Accentuarea tulburărilor de atenţie şi memorie, comportament inadecvat, deranjează anturajul şi interferă cu activitatea socio-profesională	Deficienţă psihică **moderată**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate
Apariţia elementelor de deteriorare, nelinişte, imposibilitate de autocontrol şi autocenzură, apariţia complicaţiilor (afecţiuni somatice invalidante), intoxicaţii acute recurente	Deficienţă psihică **accentuată**	75-90%	**Gradul II** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcţional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcţionale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secţiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcţional pentru evaluarea capacităţii de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURĂRI INDUSE DE ALCOOL

1. Intoxicaţia alcoolică.
2. Sevrajul alcoolic.
3. Delirium prin intoxicaţie/abstinenţă.
4. Demenţă indusă de alcool.
5. Tulburarea amnestică indusă de alcool.
6. Tulburarea psihotică indusă de alcool.
7. Turburarea afectivă indusă de alcool.

Sevraj/abstinenţă alcoolică

Criterii de diagnostic clinic DSM-IV-TR

A. încetarea sau reducerea uzului excesiv şi prelungit de alcool;

B. două sau mai multe dintre următoarele simptome ce survin în decurs de câteva ore sau zile după criteriul A:
   1. hiperactivitate vegetativă;
   2. tremur marcat al extremităţilor;
   3. insomnie;
   4. greţuri sau vărsături;
   5. iluzii sau halucinaţii vizuale, tactile sau auditive tranzitorii;
   6. agitaţie psihomotorie;
   7. anxietate;
   8. crize de grand-mal.

C. simptomele de la criteriul B) determină scăderea sau deteriorarea semnificativă clinic în funcţionarea socio-profesională;

D. simptomele nu se datorează unor condiţii medicale generale şi nu sunt explicate mai bine de altă tulburare mentală.

Specificant

Cu tulburări de percepţie

Diagnostic funcţional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensităţii simptomatologiei conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, în urma examinării psihologice, paraclinice, somatice, neurologice, EEG şi neuroimagistice (CT, RMN cerebral), cât şi a investigaţiei sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcţional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Simptomatologie clinică uşoară	Deficienţă psihică **uşoară**	20-49%	Păstrată
Simptomatologie clinică moderată cu interferarea activităţii profesionale	Deficienţă psihică **moderată**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate
Simptomatologie accentuată cu apariţia consecinţelor (afecţiuni somatice invalidante) şi a deliriumului	Deficienţă psihică **accentuată**	75-90%	**Gradul II** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcţional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcţionale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secţiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcţional pentru evaluarea capacităţii de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA PSIHOTICĂ INDUSĂ DE ALCOOL

Criterii de diagnostic clinic:

– halucinaţii auditive sau polisenzoriale;
– idei delirante, în special de tip persecutor;
– agitaţie psihomotorie sau stupoare;
– anxietate marcată;
– prezenţa unui grad de obnubilare a conştiinţei, fără a atinge caracterul unei confuzii grave.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității simptomatologiei conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, în urma examinării psihologice, paraclinice, somatice, neurologice, EEG şi neuroimagistice (CT, RMN cerebral), precum şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Elementele diagnosticului clinic	Deficiență psihică **accentuată**	75-90%	**Gradul II** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA AMNESTICĂ PERSISTENTĂ INDUSĂ DE ALCOOL

Criterii de diagnostic clinic DSM-IV-TR, vezi secțiunea *Tulburarea amnestică indusă de o substanță*:

- tulburări cronice ale memoriei recente şi de evocare;
- tulburări ale percepției timpului şi cronologiei evenimentelor;
- dificultăți de învățare.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității simptomatologiei conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, în urma examinării psihologice, paraclinice, somatice, neurologice, EEG şi neuroimagistice (CT, RMN cerebral), precum şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Semnele clinice descrise	Deficiență psihică **accentuată**	75-90%	**Gradul II** de invaliditate
Accentuarea deteriorării cu afectarea capacității de muncă	Deficiență psihică **gravă**	90-100%	**Gradul I** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

DEMENȚA INDUSĂ DE ALCOOL

Vezi *Criteriile de diagnostic pentru Demență*.

Modificări durabile de personalitate

Această categorie se referă la anomaliile de personalitate şi de comportament la adult, survenind în absența tulburărilor prealabile ale personalitatii şi urmând după un factor de stres, fie catastrofic, fie excesiv şi prelungit sau în urma unei boli psihice severe. Acest diagnostic nu trebuie pus decât în cazurile în care există dovada unei modificări manifeste şi durabile a modului de percepție, de relații sau cognitive. Modificarea trebuie să fie semnificativă şi asociată unui comportament rigid şi maladaptat, absent înaintea apariției evenimentului patogen. Modificarea nu trebuie să fie manifestarea unei alte tulburări mentale şi nici simptom rezidual al unei tulburări mentale anterioare.

Manifestările clinice trebuie să persiste cel puțin doi ani după acțiunea evenimentului patogen.

Criterii de diagnostic clinic

- atitudine ostilă sau neîncrezatoare față de lume;
- retragerea socială;
- sentimentul de vid sau disperare;
- impresia permanentă de a fi sub presiune;
- detaşarea;
- dependență şi atitudine de cerere excesivă față de alții;

– imposibilitatea de a stabili sau menține relații interpersonale strânse;
– pasivitate;
– pierdere de interes;
– plângeri persistente legate de starea de sănătate;
– asocierea ocazională a unor uneori manifestări hipocondrice;
– dispoziție disforică sau labilă.

Forme clinice:
– modificări durabile ale personalității neatribuite unei leziuni sau boli cerebrale.
– modificări durabile ale personalității după o experiență catastrofică.
– modificări durabile ale personalității după o boală psihică.

Diagnostic funcțional:

Se elaborează prin aprecierea clinică atât a intensității tulburărilor cognitive, cât şi a celor non-cognitive (depresie, delirium, sindrom de dependență de substanțe), conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (MMSE şi testul ceasului), paraclinice, EEG şi neuroimagistice (CT, RMN cerebral), precum şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Forma clinică 1	Deficiență psihică **ușoară**	20-49%	Păstrată
Formele clinice 2 şi 3	Deficiență psihică **medie**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

SCHIZOFRENIA

Este o tulburare psihotică cu potențialitate evolutivă deficitară (o degradare progresivă a vieții psihice). Este o boală cronică cu o evoluție care include o fază prodromală, o fază activă şi o fază reziduală.

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. Simptome caracteristice: două sau mai multe din următoarele, fiecare simptom prezent timp de o lună:
1. idei delirante;
2. halucinații;
3. vorbire dezorganizată;
4. comportament catatonic/dezorganizat;
5. simptome negative.

B. Disfuncție socială/socio-profesională.
C. Durata: persistența timp de cel puțin 6 luni a semnelor tulburării.
D. Excluderea tulburărilor afective şi schizoafective.
E. Excluderea condițiilor medicale generale/legate de substanțe.
F. Relația cu o tulburare pervazivă a dezvoltării.

Clasificarea evoluției longitudinale
1. Episodică, cu simptome reziduale interepisodice.
2. Episodică, fără simptome reziduale interepisodice.
3. Continuă.
4. Episod unic în remisiune parțială.
5. Episod unic în remisiune completă.

Forme clinice
1. Schizofrenie paranoidă.
2. Schizofrenie dezorganizată (hebefrenică).
3. Schizofrenie catatonică.
4. Schizofrenie nediferențiată.

5. Schizofrenie reziduală.
6. Schizofrenie simplă.
7. Depresia postschizofrenică.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice şi a prognosticului bolii, conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice, paraclinice, EEG şi neuroimagistice (CT), precum şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatee de muncă
Episod unic în remisiune completă	Deficiență psihică uşoară	20-49%	Păstrată
Episodică cu/fără simptome reziduale interepisodice Schizofrenie reziduală Episod unic în remisiune parțială	Deficiență psihică **medie**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate
Schizofrenie cronică, asociind tulburări induse de tratament (diabet zaharat, dislipidemie, parkinsonism), afecțiuni somatice, comportament adictiv; schizofrenie grefată	Deficiență psihică **accentuată**	75-90%	**Gradul II** de invaliditate
Pacienți cu evoluție progredientă cu degradare severă a personalității şi a comportamentului, potențial antisocial	Deficiență psihică **gravă**	90-100%	**Gradul I** de invaliditate necesită supraveghere permanentă din partea altei persoane

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA SCHIZOFRENIFORMĂ

Este o tulburare psihotică cu durata limitată la 1-6 luni şi care respectă criteriul A pentru schizofrenie.

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. Sunt satisfăcute criteriile A, D, E din schizofrenie.

B. Un episod al tulburării durează cel puțin o lună, dar mai puțin de 6 luni.

Specificanți:

– fără elemente de prognostic bun;
– cu elemente de prognostic bun.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice şi a prognosticului bolii, conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice, paraclinice, EEG şi neuroimagistice (CT), precum şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Tulburare schizofreniformă	Deficiență psihică medie	50-75%	**Gradul III** de invaliditate Timp limitat 6 luni

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA SCHIZOAFECTIVĂ

Este o tulburare cu simptome afective şi psihotice concomitente care se caracterizează prin faptul că sunt satisfăcute complet criterile atât pentru faza activă a schizofreniei (criteriul A), cât şi pentru episodul depresiv major, maniacal sau mixt.

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. Perioada neîntreruptă de boală în cursul căreia la un moment dat există un episod depresiv major, un episod maniacal sau un episod mixt în paralel cu simptome care îndeplinesc criteriul A pentru schizofrenie.
B. În aceeaşi perioadă de boală au existat deliruri sau halucinaţii timp de cel puţin 2 săptămâni în absenţa unor simptome afective proeminente.
C. Simptomele care satisfac criteriile pentru un episod afectiv sunt prezente pe o porţiune substanţială din durata totală a perioadelor active şi reziduale ale tulburării.
D. Tulburarea nu este cauzată de efectele fiziologice directe ale unei substanţe sau ale unei condiţii medicale generale.

Forme clinice

1. bipolar
2. depresiv

Diagnostic funcţional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensităţii tulburărilor psihice şi a prognosticului bolii, conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice, paraclinice, EEG şi neuroimagistice (CT), precum şi a investigaţiei sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcţional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Tulburare schizoafectivă	Deficienţă psihică **accentuată**	75-90%	**Gradul II** de invaliditate
Pacienţi cu evoluţie progredientă, cu degradare severă a personalităţii şi a comportamentului, potenţial antisocial	Deficienţă psihică **gravă**	90-100%	**Gradul I** de invaliditate, necesită supraveghere permanentă din partea altei persoane

* Aprecierea diagnosticului funcţional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcţionale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secţiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcţional pentru evaluarea capacităţii de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA DELIRANTĂ

Tulburare în care principala manifestare este un delir nonbizar sistematizat şi nonhalucinator.

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. Idei delirante non-bizare.
B. Criteriul A pentru schizofrenie nu a fost satisfăcut.
C. În afară de ideile delirante, comportamentul nu este, în mod evident, straniu sau bizar, iar funcţionarea nu este deteriorată semnificativ.
D. Dacă episoadele au survenit concomitent cu ideile delirante, durata lor totală a fost scurtă.
E. Tulburarea este cauzată de efectele fiziologice directe ale unei substanţe sau ale condiţiilor medicale generale.

Forme clinice

1. tipul erotomaniac
2. tipul de grandoare
3. tipul de gelozie
4. tipul de persecuţie
5. tipul somatic
6. tipul mixt
7. tip nediferenţiat

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice şi a prognosticului bolii, conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice, paraclinice, EEG şi neuroimagistice (CT), precum şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Sindrom delirant discret şi circumscris la o anumită temă, fără impact social deosebit, nelegat de activitatea profesională	Deficiență psihică **uşoară**	20-49%	Păstrată
Sindrom delirant care scade capacitatea de inserție socio-profesională	Deficiență psihică **medie**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate
Grad mare de deteriorare performanțială	Deficiență psihică **accentuată**	75-90%	**Gradul II** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

ÎNTÂRZIERE (RETARDARE) MENTALĂ

Retardarea mentală reprezintă oprirea dezvoltării mentale sau o dezvoltare mentală incompletă care se caracterizează, în special, prin afectarea facultăților care contribuie la nivelul global de inteligență. Retardarea poate apărea cu sau fără orice altă tulburare mentală sau somatică.

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. Activitate intelectuală generală semnificativ inferioară mediei; nivelul QI de 70 sau mai mic, apreciat la testul QI efectuat individual.
B. Deficite sau deteriorări concomitente în activitatea adaptativă, în performanța subiectului de a satisface standardele expectate pentru vârsta sa şi grupul socio-cultural.
C. Debut înaintea vârstei de 18 ani.

Grade de severitate

1. Retardare mentală uşoară (oligofrenia grad I sau debilitate mentală) – QI 50-70.
2. Retardare mentală moderată (oligofrenie grad II, imbecilitate) – QI 30-55.
3. **Retardare mentală severă (**oligofrenie grad II, imbecilitate) – QI 20-30.
4. Retardare mentală profundă (oligofrenie grad III, idioție) – QI sub 20-25.

Specificanți

– tulburare a comportamentului absentă sau minimă;
– tulburarea semnificativă a comportamentului;
– alte tulburări comportamentale.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice, paraclinice, EEG şi neuroimagistice (CT), precum şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Retardare mentală uşoară	Deficiență psihică **uşoară**	20-49%	Păstrată
Retardare mentală uşoară cu tulburări de comportament semnificative	Deficiență psihică **medie**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate
Retardare mentală moderată/severă	Deficiență psihică **accentuată**	75-90%	**Gradul II** de invaliditate
Retardare mentală profundă	Deficiență psihică **gravă**	90-100%	**Gradul I** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURĂRI AFECTIVE (ALE DISPOZIȚIEI)

În aceste tulburări, perturbarea fundamentală este o schimbare a dispoziției spre depresie sau spre elație.

EPISODUL MANIACAL

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

1. O perioadă distinctă de dispoziție maniacală, expansivă sau iritabilă, anormală şi persistentă de cel puțin o săptămână.
2. În perioada de tulburare a dispoziției au persistat trei dintre următoarele simptome:

– stima de sine exagerată sau grandoare;
– scăderea necesității de somn;
– locvace sau tendința de a vorbi continuu;
– fuga de idei;
– distractibilitatea;
– agitația psihomotorie;
– implicarea excesivă în activități care produc plăcerea (cumpărături exagerate, tulburări sexuale, investiții nesăbuite).

3. Simptomele nu îndeplinesc criteriile unui episod mixt.
4. Deteriorare marcată în activitatea profesională sau socială uzuală.

Intensitatea tabloului clinic

1. Uşoară – 3 sau 4 simptome maniacale.
2. Moderată – creştere extremă a activității sau deteriorarea judecății.
3. Severă, fără elemente psihotice – necesită supravegherea permanentă.
4. Cu elemente psihotice – idei delirante sau halucinații congruente/incongruente cu dispoziția.
5. În remisiune parțială – sunt încă prezente, dar criteriile complete nu mai sunt satisfăcute sau nu mai există niciun simptom semnificativ de episod maniacal, dar perioada de remisiune durează mai puțin de 6 luni.
6. În remisiune completă – necesită o perioadă de cel puțin 6 luni în care să nu existe simptome semnificative de manie.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), examene paraclinice (afecțiuni somatice), examen somatic, neuroimagistice (CT cerebral), precum şi investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Episod maniacal în remisiune completă	Deficiență psihică **uşoară**	20-49%	Păstrată
Episod maniacal în remisiune parțială	Deficiență psihică **medie**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate
Episod maniacal formele I-IV, potențial autolitic şi antisocial	Deficiență psihică **accentuată**	75-90%	**Gradul II** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

EPISODUL HIPOMANIACAL

Criterii de diagnostic clinic

O perioadă distinctă în care dispoziția predominantă este expansivă sau iritabilă, cu durata continuă de cel puțin 4 zile.

În perioada de tulburarea a dispoziției, au persistat trei dintre următoarele simptome:

– stima de sine exagerată sau grandoarea;
– scăderea necesității de somn;

– locvacitate sau tendința de a vorbi continuu;
– fuga de idei;
– distractibilitatea;
– agitația psihomotorie;
– implicarea excesivă în activități care produc plăcerea (cumpărături exagerate, tulburări sexuale, investiții nesăbuite).

Tulburarea nu este suficient de severă pentru o deteriorare marcată în activitatea socială sau profesională. În general, nu necesită spitalizarea.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral), precum şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Intensitatea tulburărilor de mică amploare şi de scurtă durată fără remisiune, fără tratament sau cu tratament minim	**Fără** deficiență psihică	0-19%	Păstrată
Remisiune bună, dar sub tratament de specilitate în regim ambulator	Deficiență psihică **uşoară**	20-49%	Păstrată

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

EPISODUL DEPRESIV MAJOR

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. Cel puțin 5 din următoarele simptome sunt prezente cel puțin 2 săptămâni şi reprezintă o schimbare față de funcționarea anterioară (cel puțin unul din primele două simptome):
1. dispoziție depresivă cea mai mare parte a zilei, aproape zilnic, indicată fie de relatarea subiectivă, fie de observarea de către alții;
2. diminuarea marcată a interesului sau plăcerii pentru toate, sau aproape toate, activitățile, cea mai mare parte a zilei, aproape zilnic;
3. pierdere sau câştig ponderal semnificativ, cu scăderea sau creşterea apetitului;
4. insomnie sau hipersomnie aproape în fiecare zi;
5. agitație sau lentoare psihomotorie, aproape zilnic (observată de alții);
6. fatigabilitate sau pierderea energiei;
7. sentimente de devalorizare sau culpă excesivă sau inadecvată;
8. diminuarea capacității de a gândi sau de a se concentra, ori indecizie;
9. idei recurente de moarte, ideație suicidară recurentă fără un plan anume, sau o tentativă de suicid.

B. Simptomele nu îndeplinesc criteriile de episod afectiv mixt.
C. Simptomele determină o suferință semnificativă clinic şi alterări socioprofesionale.
D. Simptomele nu sunt cauzate de efectele fiziologice directe ale unei substanțe sau ale unei condiții medicale generale.
E. Simptomele nu sunt explicate mai bine de doliu.

Intensitatea tabloului clinic

1. Uşoară.
2. Moderată.
3. Severă fără elemente psihotice, simptome care interferează puternic activitatea profesională.
4. Cu elemente psihotice – idei delirante sau halucinații congruente/incongruente cu dispoziția.
5. În remisiune parțială.
6. În remisiune completă.

Specificanți
- episod depresiv major cronic;
- cu elemente catatonice;
- cu elemente melancolice;
- cu elemente atipice;
- cu debut pospartum;
- cu pattern sezonier.

Specificanți de evoluție longitudinală
- cu recuperare interepisodică completă.
- fără remisiune interepisodică completă.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice (afecțiuni somatice), somatice, neuroimagistice (CT cerebral) şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Episod depresiv major în remisiune completă	Deficiență psihică **uşoară**	20-49%	Păstrată
Episod depresiv major în remisiune parțială Episod depresiv major uşor moderat	Deficiență psihică **medie**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate
Episod depresiv major sever cu/fără elemente psihotice cu/fără comportament adictiv	Deficiență psihică **accentuată**	75-90%	**Gradul II** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

EPISOD MIXT

Criterii de diagnostic – DSM-IV-TR

A. Sunt satisfăcute criteriile atât pentru episodul maniacal, cât şi pentru episodul depresiv major aproape în fiecare zi, în cursul unei perioade de cel puțin o săptămână.
B. Perturbarea afectivă este suficient de severă pentru a cauza o deteriorare semnificativă în funcționarea profesională sau în activitățile sociale uzuale ori în relațiile cu alții sau pentru a necesita spitalizarea spre a preveni vătămarea sa sau a altora, ori există elemente psihotice.
C. Simptomele nu sunt determinate de efectele fiziologice directe ale unei substanțe ori ale unei condiții medicale generale.

TULBURAREA DEPRESIVĂ MAJORĂ – EPISOD UNIC

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

Prezența unui singur episod major.

Episod depresiv major – nu este explicat mai bine de tulburarea schizoafectivă şi nu este suprapus peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă.

Nu a existat niciodată un episod maniacal mixt sau hipomaniacal.

Specificanții:
- uşor;
- moderat;
- sever, fără elemente psihotice;
- sever, cu elemente psihotice;

– cronic;
– cu elemente catatonice;
– cu elemente melancoliforme;
– cu elemente atipice;
– cu debut postpartum;
– în remisiune parțială;
– cu remisiune completă.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Episod depresiv major în remisiune completă	Deficiență psihică **ușoară**	20-49%	Păstrată
Episod depresiv major în remisiune parțială Episod depresiv major ușor, moderat	Deficiență psihică **medie**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate
Episod depresiv major sever cu/fără elemente psihotice Cu/fără comportament adictiv	Deficiență psihică **accentuată**	75-90%	**Gradul II** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA DEPRESIVĂ MAJORĂ RECURENTĂ

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. Prezența a două sau mai multe episode majore.
B. Episod depresiv major – nu este explicat mai bine de tulburarea schizoafectivă şi nu este suprapus peste schizofrenie, tulburarea schizofreniformă, tulburarea delirantă.
C. Nu a existat niciodată un episod maniacal mixt sau hipomaniacal.

Specificanții:

– uşor;
– moderat;
– sever, fără elemente psihotice;
– sever cu elemente psihotice;
– cronic;
– cu elemente catatonice;
– cu elemente melancoliforme;
– cu elemente atipice;
– cu debut postpartum;
– în remisiune parțială;
– cu remisiune completă.

Specificanți – evoluție longitudinală

– Cu recuperare interepisodică completă
– Fără remisiune interemisferică completă
– Cu pattern sezonier

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Remisiune parțială sau completă Se va ține seamă de numărul episoadelor, frecvența lor, complianța terapeutică interaccesuală	Deficiență psihică **medie**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate
Episod actual cu sau fără simptome psihotice la care se adaugă și ceilalți specificanți	Deficiență psihică **accentuată**	75-90%	**Gradul II** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA BIPOLARĂ I

Criterii de diagnostic clinic

A. Prezența unui singur episod maniacal sau mixt şi a niciunui episod depresiv în trecut.

B. Episodul nu este explicat mai bine de tulburarea schizoafectivă, tulburarea schizofreniformă şi tulburarea delirantă.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Remisiune parțială, remisiune completă	Deficiență psihică **ușoară**	20-49%	Păstrată
Tulburarea bipolară I – viraj dispozițional	Deficiență psihică **medie**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate, timp limitat 6 luni

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA BIPOLARĂ I – CEL MAI RECENT EPISOD HIPOMANIACAL

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. Cel mai recent episod hipomaniacal.

B. Anterior a existat cel puțin un episod maniacal sau mixt.

C. Simptomele afective determină o deteriorare semnificativă clinic în domeniul socio-profesional.

D. Episodul nu este explicat mai bine de tulburarea schizoafectivă, tulburarea schizofreniformă şi tulburarea delirantă.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Tulburarea bipolară I	Deficiență psihică **medie**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate, timp limitat 6 luni
Tulburarea bipolară I, se va ține seama de numărul de episoade, de frecvența acestora şi intervalele interaccesuale, cu pattern sezonier şi cu ciclare rapidă, de complexitatea terapiei	Deficiență psihică **accentuată**	75-90%	**Gradul II** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA BIPOLARĂ I – CEL MAI RECENT EPISOD MANIACAL

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. Cel mai recent episod maniacal.

B. Anterior a existat cel puţin un episod depresiv major, maniacal sau mixt.

C. Simptomele afective determină o deteriorare semnificativă clinic în domeniul socio-profesional.

D. Episodul nu este explicat mai bine de tulburarea schizoafectivă, tulburarea schizofreniformă şi tulburarea delirantă.

Diagnostic funcţional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensităţii tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ţine seama de alterarea funcţiei cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) şi a investigaţiei sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcţional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Tulburarea bipolară I în remisiune parţială, în remisiune completă	Deficienţă psihică **medie**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate, timp limitat 6 luni
Tulburarea bipolară I, se va ţine seama de numărul de episoade, frecvenţa acestora şi intervalul interaccesuale, cu pattern sezonier şi cu ciclare rapidă, complexitatea terapiei	Deficienţă psihică **accentuata**	75-90%	**Gradul II** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcţional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcţionale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secţiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcţional pentru evaluarea capacităţii de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA BIPOLARĂ I – CEL MAI RECENT EPISOD MIXT

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. Cel mai recent episod maniacal.

B. Anterior a existat cel puţin un episod depresiv major, maniacal sau mixt.

C Simptomele afective determină o deteriorare semnificativă clinic în domeniul socio-profesional.

D. Episodul nu este explicat mai bine de tulburarea schizoafectivă, tulburarea schizofreniformă şi tulburarea delirantă.

Diagnostic funcţional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensităţii tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ţine seama de alterarea funcţiei cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) şi a investigaţiei sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcţional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Tulburarea bipolară I în remisiune parţiala, în remisiune completă	Deficienţă psihică **medie**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate, timp limitat
Tulburarea bipolară I, se va ţine seama de numărul de episoade, frecvenţa acestora şi intervalul interaccesuale, cu pattern sezonier şi cu ciclare rapidă, complexitatea terapiei	Deficienţă psihică **accentuată**	75-90%	**Gradul II** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcţional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcţionale centrate de aplicarea GAFS (Global Assessment of Functioning Scale) vezi **III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcţional pentru evaluarea capacităţii de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA BIPOLARĂ II

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. Prezenţa unuia sau mai multor episoade depresive majore.

B. Prezenţa a cel puţin un episod hipomaniacal.

C. Nu a existat niciun episod maniacal sau mixt.

D. Simptomele afective determină o deteriorare semnificativă clinic în domeniul socio-profesional.
E. Episodul nu este explicat mai bine de tulburarea schizoafectivă, tulburarea schizofreniformă şi tulburarea delirantă.

Diagnostic funcţional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensităţii tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ţine seama de alterarea funcţiei cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) şi a investigaţiei sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcţional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Tulburarea bipolară II, în remisiune parţială, în remisiune completă	Deficienţă psihică **medie**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate, timp limitat 6 luni
Tulburarea bipolară II; se va ţine seama de numărul de episoade, de frecvenţa acestora şi de intervalele interaccesuale, cu pattern sezonier şi cu ciclare rapidă, de complexitatea terapiei	Deficienţă psihică **accentuată**	75-90%	**Gradul II** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcţional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcţionale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secţiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcţional pentru evaluarea capacităţii de muncă propuse de INEMRCM.**

CICLOTIMIA

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

1. Prezenţa pentru cel puţin 2 ani a numeroase episoade hipomaniacale şi numeroase perioade de dispoziţie depresivă ori a pierderii interesului sau plăcerii (dar nu satisfac criteriile pentru episodul depresiv major).
2. În timpul unei perioade de 2 ani de perturbare simptomele maniacale sau depresive lipsesc pentru mai mult de 2 luni, consecutiv.
3. Nu există episod depresiv major sau episod maniacal în primii 2 ani ai tulburării.
4. Nu este suprapusă peste o tulburare psihotică (schizofrenie, tulburare delirantă).
5. Nu poate fi stabilit un factor organic.

Tulburarea începe în adolescenţă sau precoce în viaţa adultă.
Are evoluţie cronică, persoana putând dezvolta o tulburare bipolară.
Este frecvent abuzul de substanţe psihoactive.

Diagnostic funcţional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensităţii tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ţine seama de alterarea funcţiei cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) şi a investigaţiei sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcţional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Pot exista unele dificultăţi de adaptabilitate, fără a perturba activitatea	Fără deficienţă psihică	0-19%	Păstrată
Episoadele depresive nu perturbă activitatea, nu se asociază cu consum de substanţe psihoactive Pot exista dificultăţi în condiţii noi de activitate profesională	Deficienţă psihică **uşoară**	20-49%	Păstrată
Episoadele depresive induc deteriorarea activitatii, sau se asociaza consum cronic de substanbte psihoactive	Deficien□ă psihica **medie**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate, timp limitat 6 luni

* Aprecierea diagnosticului funcţional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcţionale centrate de aplicarea GAFS (Global Assessment of Functioning Scale) – vezi **secţiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcţional pentru evaluarea capacităţii de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA DISTIMICĂ

Criterii de diagnostic clinic – DSM-VI-TR

A. Dispoziție depresivă pentru cea mai mare parte a zilei, timp de mai multe zile (fie prin relatare subiectivă, fie prin observația altora) pentru cel puțin 2 ani.
B. Prezența în timpul depresiei a cel puțin două dintre următoarele:
1. apetit redus sau exagerat;
2. insomnie sau hipersomnie;
3. energie redusă sau fatigabilitate;
4. stimă de sine redusă;
5. concentrare redusă sau dificultate în a lua decizii;
6. sentimente de disperare.
C. În timpul unei perioade de 2 ani niciodată fără simptome, pentru mai mult de 2 luni consecutiv.
D. Nu a prezentat niciodată un episod depresiv major.
E. Nu a prezentat niciodată un episod maniacal sau hipomaniacal.
F. Nu se suprapune peste o tulburare psihotică cronică.
G. Nu poate fi stabilit un factor organic.

Debutul este în adolescență sau precoce, în viața adultă. Evoluția este cronică.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Nu duce la deteriorarea funcționalității profesionale mai ales la debut sau în apropierea acestuia	**Fără** deficiență psihică	0-19%	Păstrată
Există în antecedente o tentativă de suicid sau există tendința de structurare	Deficiență psihică **ușoară**	20-49%	Păstrată
Cronicizare care duce la o deteriorare a activității profesionale Tentative de suicid	Deficiență psihică **medie**	50-75%	Gradul III de invaliditate, timp limitat 6 luni

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURĂRI ANXIOASE

TULBURARE DE PANICĂ (FĂRĂ AGORAFOBIE)

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. Unul sau mai multe atacuri de panică (perioade de frică sau disconfort intens) neaşteptate (fără cauze aparente).
B. 4 atacuri de panică survenite în 4 săptămâni; unul sau mai multe atacuri care au fost urmate de o perioadă de cel puțin 1 lună de teamă persistentă de a nu avea alt atac.
C. Cel puțin 4 din următoarele simptome apărute în cel puțin unul dintre atacuri:
1. dispnee sau sufocare;
2. amețeală, senzație de dezechilibru sau leşin;
3. palpitații sau tahicardie;
4. tremurături;
5. transpirație;
6. greață, dureri abdominale;
7. depersonalizare sau derealizare;
8. amorțeli, parestezii;

9. valuri de căldură, frisoane;
10. frica de moarte;
11. frica de a nu înnebuni sau de a face ceva necugetat.

D. Survin brusc şi cresc în intensitate în decurs de 10 minute.
E. Nu există factor organic.
F. Absența agorafobiei.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) şi a investigație sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Atacurile de panică apar pentru o perioadă limitată de timp	Deficiență psihică **uşoară**	20-49%	Păstrată
Atacurile de panică durează câteva zile, cu perioade variabile de remisiune parțială şi perioade de exacerbare Cel puțin opt atacuri în ultima lună	Deficiență psihică **medie**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate, timp limitat 6 luni

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA DE PANICĂ CU AGORAFOBIE

Criterii de diagnostic clinic DSM-IV-TR

A. Satisface criteriile de diagnostic pentru atacul de panică.
B. Prezența agorafobiei – frica de a se afla în locuri sau situații în care scăparea poate fi dificilă sau în care ajutorul nu poate fi accesibil în eventualitatea unui atac de panică. Persoana îşi reduce deplasările, necesită un însoțitor când se află în afara casei. Include frica de a fi în afara casei, în mijloace de transport, în intersecții, pe poduri, singur.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Există o oarecare evitare, dar modul de viață este normal (se poate deplasa singur la locul de muncă sau în alte situații)	**Fără** deficiență psihică	0-19%	Păstrată
Se poate deplasa singur, dar pe distanțe scurte, poate folosi unele mijloace de transport Remisiune completă, fără manifestări clinice în ultimele 6 luni	Deficiență psihică **uşoară**	20-49%	Păstrată
Limitare marcată a distanțelor pe care se poate deplasa singur (neînsoțit), evitarea mijloacelor de transport sau remisiune parțială, mai persistă tulburări în ultimele 6 luni de intensitate moderată	Deficiență psihică **medie**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate, timp limitat 6 luni
Nu mai părăseşte de loc sau aproape de loc locuința de invaliditate neînsoțit, nu-şi mai poate desfăşura activitatea fiind stăpânit de manifestările de boală	Deficiență psihică **accentuată**	75-90%	Se pot încadra în **gradul II** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURAREA OBSESIV-COMPULSIVĂ

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. Obsesii sau compulsii.
B. Obsesiile sau compulsiile cauzează o suferință marcată, sunt consumatoare de timp (peste 1 oră pe zi) sau interferează semnificativ cu activitatea de rutină, cu cea profesională sau socială uzuală.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatice, neuroimagistice (CT cerebral) şi a investigației sociale.

Criterii	Diagnostic funcțional	Incapacitate	Capacitate de muncă
Domină tabloul obsesiv, care permite însă desfăşurarea activității profesionale şi a celei cotidiene	Deficiență psihică **uşoară**	20-49%	Păstrată
Este interferată activitatea profesională în sensul deteriorării sale moderate prin scăderea marcată a capacității de concentrare şi finalizare secundar asaltului manifestărilor obsesivo-compulsive	Deficiență psihică **medie**	50-75%	Gradul III de invaliditate, timp limitat 6 luni
Întreaga activitate a pacienților se desfăşoară conform compulsiunilor şi ritualurilor	Deficență psihică **accentuată**	75-90%	Se pot încadra în grad II

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

ANXIETATEA GENERALIZATĂ

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. Anxietate şi preocupare irațională sau excesivă referitoare la două sau mai multe circumstanțe de viață
B. Perturbarea nu survine numai în cursul unei tulburări de dispoziție sau al unei tulburări psihotice.
C. Cel puțin 6 dintre următoarele:
   1. tremurături, contracții;
   2. durere sau tensiune musculară;
   3. nelinişte motorie;
   4. fatigabilitate rapidă;
   5. dispnee, sufocare;
   6. palpitații, tahicardie;
   7. gură uscată;
   8. amețeală;
   9. greață, diaree;
   10. valuri de căldură;
   11. micțiuni frecvente;
   12. dificultăți de deglutiție, „nod în gât“
   13. transpirații;
   14. surescitări;
   15. reacție de alarmă exagerată;
   16. dificultate în concentrare;
   17. dificultate în adormire;
   18. iritabilitate.
D. nu poate fi stabilit un factor organic.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice conform criteriilor de diagnostic clinic DSM-IV-TR, a examinării psihologice (se va ține seama de alterarea funcției cognitive), paraclinice, somatic, neuroimagistice (CT cerebral) şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Nu este afectată activitatea profesională	**Fără** deficiență psihică	0-19%	Păstrată
Activitatea profesională se poate desfăşura la un nivel uşor scăzut față de nivelul anterior	Deficiență psihică **uşoară**	20-49%	Păstrată

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURĂRILE DE PERSONALITATE

Criterii de diagnostic clinic DSM-IV-TR pentru o tulburare de personalitate

A. Un pattern durabil de trăire şi de comportament individual. Acest pattern se manifestă prin două (sau mai multe) dintre următoarele:
– cunoaştere;
– afectivitate;
– funcționare interpersonală;
– controlul impulsului.
B. Patternul durabil este inflexibil şi pervaziv în raport cu o gamă largă de situații personale şi sociale.
C. Patternul durabil duce la o detresă, o deteriorare semnificativă clinic în domeniul social, profesional ori în alte domenii importante de funcționare.
D. Patternul este stabil şi de lungă durată, iar debutul său poate fi trasat retrospectiv cel puțin până în adolescență.
E. Patternul durabil nu este explicat mai bine ca manifestare sau consecință a unei alte tulburări mentale.
F. Patternul durabil nu este cauzat de efectele fiziologice directe ale unei substanțe sau ale unei condiții medicale generale.

Tulburările de personalitate sunt grupate în trei clustere:
– Clusterul A cuprinde tulburările de personalitate paranoidă, schizoidă şi schizotipală.
– Clusterul B cuprinde tulburările de personalitate histrionică, narcisică, antisocială şi borderline.
– Clusterul C cuprinde tulburările de personalitate dependentă, evitantă şi obsesiv compulsivă.

TULBURAREA DE PERSONALITATE PARANOIDĂ

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. O neîncredere şi suspiciozitate pervazivă față de alții astfel încât motivațiile celorlați sunt interpretate ca rău-voitoare, indicate de patru din urmatoarele:
– suspectează, fără suficient temei, că alții îl exploatează, prejudiciază sau înşală;
– este preocupat cu îndoieli nejustificate asupra loialității sau încrederii pe care o prezintă prietenii sau asociații;
– evită să aibă încredere în alții, de teama nejustificată că informațiile respective vor fi folosite cu rea intenție împotriva sa;
– găseşte înțelesuri ascunse înjositoare sau amenințătoare în remarci sau evenimente banale sau inofensive;
– păstrează constant resentimente;
– percepe atacuri, care nu sunt vizibile pentru alții, la adresa caracterului sau reputației sale;
– are suspiciuni repetate lipsite de justificare la adresa fidelității partenerului marital sau sexual.
B. Nu apare exclusiv în cursul schizofreniei, a unei tulburări a dispoziției cu elemente psihotice sau a unei tulburări psihotice şi nu este cauzată de efectele fiziologice directe ale unei condiții medicale generale.

TULBURAREA DE PERSONALITATE SCHIZOIDĂ

A. Un pattern pervaziv de detaşare faţă de relaţiile sociale şi o gamă restrânsă de exprimare emoţională indicată de patru sau mai multe dintre următoarele:
– nici nu doreşte şi nici nu se bucură de relaţiile strânse, inclusiv de faptul de a fi parte a unei familii;
– aproape întotdeauna preferă activităţile solitare;
– are puţin sau nu are niciun interes în a avea experienţă sexuală cu altă persoană;
– rar afirmă sau pare a avea emoţii puternice;
– îi plac puţin sau nu-i plac niciun fel de activităţi;
– este indiferent la laudele şi criticile altora;
– nu are prieteni apropiaţi;
– este rece, distant.
B. Nu apare exclusiv în cursul schizofreniei, a unei tulburări a dispoziţiei cu elemente psihotice sau a unei tulburări psihotice şi nu este cauzată de efectele fiziologice directe ale unei condiţii medicale generale.

TULBURAREA DE PERSONALITATE SCHIZOTIPALĂ

A. Un pattern pervaziv de deficite sociale şi interpersonale manifestat prin disconfort acut în relaţii şi reducerea capacităţii de a stabilii relaţii intime, precum şi prin distorsiuni cognitive de percepţie şi excentricităţi de comportament, după cum este indicat de cinci sau mai multe dintre următoarele:
– idei de referinţă;
– gândire magică;
– experienţe perceptive insolite;
– gândire şi limbaj bizar;
– suspiciozitate, ideaţie paranoidă;
– afect inadecvat;
– comportament, aspect bizar, excentric, particular;
– lipsa de amici sau confidenţi în afara rudelor de gradul I;
– anxietate socială.
B. Nu apare exclusiv în cursul schizofreniei, a unei tulburări a dispoziţiei cu elemente psihotice sau a unei tulburări psihotice şi nu este cauzată de efectele fiziologice directe ale unei condiţii medicale generale.

TULBURAREA DE PERSONALITATE ANTISOCIALĂ

A. Un pattern pervaziv de comportament antisocial apărut de la vârsta de 15 ani, indicat de trei sau mai multe dintre următoarele:
– incapacitate de a se conforma normelor sociale în legătură cu comportamentele legale, indicată de comiterea repetată de acte care constituie motive de arest;
– incorectitudine indicată de minţitul repetat, uzul de alibiuri, manipularea altora pentru profitul sau plăcerea personală;
– impulsivitate, incapacitate de a plănui dinainte;
– iritabilitate şi agresivitate, indicate de luptele, atacurile corporale repetate;
– neglijenţă nesăbuită pentru siguranţa sa/a altora;
– iresponsabilitate considerabilă, indicată prin incapacitate repetată de a avea un comportament consecvent în muncă ori de a-şi onora obligaţiile;
– lipsă de remuşcare.
B. Individul este în vârstă de cel puţin 18 ani.
C. Există proba unei tulburări de conduită.
D. Comportamentul antisocial nu survine exclusiv în cursul schizofreniei ori al unui episod maniacal.

TULBURAREA DE PERSONALITATE BORDERLINE

A. Un pattern pervaziv de instabilitate a relațiilor interpersonale, a imaginii de sine şi afectelor, asociat cu impulsivitate marcată, începând precoce în perioada adultă şi prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cinci dintre următoarele:
– eforturi disperate de a evita abandonul real/imaginar;
– un pattern de relații interpersonale intense şi instabile caracterizat prin alternare între extremele de idealizare şi devalorizare;
– perturbare de identitate: imagine de sine/conştiinta de sine marcat şi persistent instabilă;
– impulsivitate în cel puțin două domenii care sunt potential autoprejudiciante;
– comportament, gesturi sau amenințări de suicid ori comportament automutilant;
– instabilitate afectivă datorată unei reactivități marcate de dispoziție;
– sentimentul cronic de vid;
– mânie intensă, inadecvată ori dificultate în a controla mânia;
– ideație paranoidă sau simptome disociative severe, tranzitorii, în legătură cu stresul.

TULBURAREA DE PERSONALITATE HISTRIONICĂ

A. Un pattern pervaziv de emoționalitate excesivă şi de căutare a atenției începând precoce în perioada adultă şi prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cinci dintre următoarele:
– este incomodat în situațiile în care nu se află în centrul atenției;
– interacțiunea cu alții este caracterizată adesea printr-un comportament seducător sau provocator sexual inadecvat;
– prezintă o schimbare rapidă şi o expresie superficială a emoțiilor;
– profită în mod constant de aspectul fizic pentru a atrage atenția asupra sa;
– are un stil de a vorbi extrem de impresionistic şi lipsit de detaliu;
– manifestă autodramatizare, teatralism şi o expresie exagerată a emoțiilor;
– este sugestionabil, adică uşor de influențat de alții sau de circumstanțe;
– consideră relațiile a fi mai intime decât sunt în realitate.

TULBURAREA DE PERSONALITATE NARCISISTICĂ

A. Un pattern pervaziv de grandoare (în fantezie şi comportament), necesitatea de admirație şi lipsa de empatie, începând precoce în perioada adultă şi prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicată de cinci dintre următoarele:
– are un sentiment grandios de autoimportanță;
– este preocupat de fantezii de succes nelimitat, de putere, strălucire, frumusețe sau amor ideal;
– crede că este aparte şi unic şi poate fi înțeles, trebuie să se asocieze numai cu oameni/instituții cu status înalt;
– necesită admirație excesivă;
– are un sentiment de îndreptățire, adică pretenții exagerate de tratament favorabil special ori de supunere automată a dorințelor sale;
– este exploatator interpersonal, profită de alții pentru a-şi atinge scopurile;
– este lipsit de empatie, incapabil să recunoască sau să se identifice cu sentimentele şi necesitățile altora;
– este invidios pe alții sau crede că alții sunt invidioşi pe el;
– prezintă comportamente sau atitudini arogante sau sfidătoare.

TULBURAREA DE PERSONALITATE EVITANTĂ

A. Un pattern pervaziv de inhibiție socială, sentimente de insuficiență şi hipersensibilitate la evaluare negativă, începând precoce în perioada adultă şi prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de patru dintre următoarele:
– evită activitățile profesionale care implică un contact interpersonal semnificativ, din cauza fricii de critică, dezaprobare sau rejecție;

– nu doreşte să se asocieze cu alţi oameni decât dacă este sigur că este apreciat;
– manifestă reţinere în relaţiile intime din cauza fricii de a nu se face de râs sau ridiculizat;
– este preocupat de faptul de a nu fi criticat sau rejectat în situaţii sociale;
– este inhibat în situatii interpersonale noi din cauza sentimentelor de inadecvare;
– se vede pe sine inapt social, inatractiv personal sau incapabil să se angajeze în activităţi;
– refuză să-şi asume riscuri personale sau să se angajeze în orice activităţi noi din cauza faptului că acestea l-ar putea pune în dificultate.

TULBURAREA DE PERSONALITATE DEPENDENTĂ

A. O necesitate excesivă şi pervazivă de a fi tutelat, care duce la un comportament submisiv şi adeziv şi la frica de separare, şi care începe precoce în perioada adultă şi este prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cinci dintre următoarele:
– are dificultăţi în a lua decizii comune fără o cantitate excesivă de consilii şi reasigurări din partea altora;
– necesită ca alţii să-şi asume responsabilitatea pentru cele mai importante domenii ale vieţii lui;
– are dificultăţi în a-şi exprima dezacordul faţă de alţii din cauza fricii de a nu pierde suportul sau aprobarea;
– are dificultăţi în a iniţia proiecte ori a face ceva singur (din cauza lipsei de încredere în judecata sau capacităţile sale, mai curând decât din cauza lipsei de motivaţie sau de energie);
– merge foarte departe spre a obţine solicitudine şi suport de la alţii, până la punctul de a se oferi voluntar să facă lucruri care sunt neplăcute;
– se simte incomodat sau lipsit de ajutor când rămâne singur, din cauza fricii exagerate de a nu fi în stare să aibă grijă de sine;
– caută urgent altă relaţie drept sursă de solicitudine şi suport când o relaţie strânsă se termină;
– este exagerat de preocupat de frica de a nu fi lăsat să aibă grijă de sine.

TULBURAREA DE PERSONALITATE OBSESIV-COMPULSIVĂ

A. Un pattern pervaziv de preocupare pentru ordine, perfecţionism şi control mental şi impersonal, în detrimentul flexibilităţii, deschiderii şi eficienţei, începând precoce în perioada adultă şi prezent într-o varietate de contexte, după cum este indicat de cel puţin patru dintre următoarele:
– este preocupat de detalii, reguli, liste, ordine, organizare sau planuri, în aşa măsură că obiectivul major al activităţii este pierdut;
– prezintă perfecţionism care interferează cu îndeplinirea sarcinilor;
– este excesiv de devotat muncii şi productivităţii, mergând până la excluderea activităţilor recreative şi a amiciţiilor;
– este hiperconştiincios, scrupulos şi inflexibil în probleme de moralitate, etică sau valori;
– este incapabil să se debaraseze de obiecte uzuale sau inutile, chiar când acestea nu au nicio valoare sentimentală;
– refuză să delege sarcini sau să lucreze cu alţii în afară de cazul când aceştia se supun exact modului lui de a face lucrurile;
– adoptă un stil avar de a cheltui, atât faţă de sine, cât şi faţă de alţii, banii fiind văzuţi ca ceva ce trebuie strâns pentru eventuale catastrofe;
– prezintă rigiditate şi obstinaţie.

Diagnostic funcţional

În stabilirea diagnosticului funcţional se va ţine seama de:
1. tipul tulburării de personalitate;
2. frecvenţa şi intensitatea decompensărilor (nevrotic, psihotic);
3. durata decompensărilor;
4. răspunsul terapeutic şi calitatea remisiunilor;
5. integrarea socio-profesională şi profesională;
6. profesiunea;
7. toxicofiliile asociate;

8. alte afecțiuni somatice asociate;
9. alte afecțiuni psihice asociate (axa I)
10. vârsta în corelație cu procesele involutive şi deteriorative.

Aceste date vor fi obținute printr-o anamneză minuțioasă, corelată cu ancheta socială urmărind depistarea unor date amănunțite privind atât activitatea profesională, cât şi comportamentul longitudinal în familie şi societate. Examenul psihologic aduce date privitoare la posibilele elemente deteriorative, precum şi date care evidențiează trăsăturile dominante în cazul tulburărilor mixte de personalitate.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Decompensări de scurtă durată, cu frecvență rară (1-2 pe an), de intensitate nevrotică, cu remisiuni bune, spontane sau sub tratament	Deficiență psihică **uşoară**	20-49%	Păstrată
Decompensări mai dese (2-3 pe an), de durată mai lungă, nevrotice, cu exacerbări comportamentale, eventual în asociere cu consum de toxice, compensate parțial terapeutic	Deficiență psihică **medie**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate
Decompensări frecvente (mai mult de 3 pe an), de intensitate psihotică, eficiență terapeutică slabă, asociere de consum de toxice cu eventuale elemente deteriorative. Dificultăți majore de relaționare socio-profesională, conflictualitate marcată, eşecuri repetate de schimbare a locului de muncă	Deficiență psihică **accentuată**	75-90%	**Gradul II** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

SINDROMUL POSTCOMOȚIONAL

Survine după un traumatism cranian suficient de grav pentru a provoca pierderea conştienței.

Criterii de diagnostic clinic

Simptomatologie variată:
- cefalee;
- vertij;
- oboseală;
- iritabilitate;
- dificultate de concentrare;
- alterarea memoriei;
- diminuarea toleranței la stres, emoții sau alcool.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice şi a prognosticului bolii, conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice, paraclinice, EEG şi neuroimagistice (CT), precum şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Prezența tulburărilor 6 luni-1 an	Deficiență psihică **uşoară**	20-49%	Păstrată
Alterarea funcției cognitive	Deficiență psihică **medie**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

REACȚIA LA UN FACTOR DE STRES IMPORTANT ŞI TULBURĂRILE DE ADAPTARE

Un eveniment în mod particular stresant determină o reacție acută sau o schimbare în mod particular marcată în viața persoanei respective, comportând consecințe dezagreabile şi durabile şi dezvoltând o tulburare de adaptare.

Aceste tulburări sunt consecința directă a unui factor de stres acut important sau a unui traumatism persistent, sunt răspunsuri de neadaptare la aceşti factori în măsura în care ele interferă cu mecanismele adaptative eficace şi împiedică astfel funcția socială.

1. REACȚIA ACUTĂ LA UN FACTOR DE STRES

Criterii de diagnostic clinic

- tulburare tranzitorie la o persoană care nu prezintă tulburarea mentală manifestă;
- este determinată de factor de stres fizic sau psihic, dispărând după câteva ore, zile;
- este influențată de vulnerabilitatea individuală de a face față unui traumatism;
- simptomatologie mixtă şi variabilă:
  a. stare de buimăcire caracterizată printr-o oarecare îngustare a câmpului conştienței şi a atenției;
  b. imposibilitatea de a integra stimuli;
  c. dezorientare, stupoare disociativă sau agitație cu hiperactivitate (reacția de a fugi);
  d. simptome neurovegetative de anxietate, de panică: tahicardie, transpirații, valuri de căldură;
  e. apar la câteva minute după eveniment, dispar după câteva ore, până la 2-3zile;
  f. poate exista amnezia parțială sau completă a episodului.
- persistența simptomelor determină modificări de diagnostic.

2. STARE DE STRES POSTTRAUMATIC

Este o tulburare care se constituie ca răspuns diferit sau prelungit la o situație sau un eveniment stresant (de scurtă sau lungă durată), în mod excepțional, amenințător sau catastrofic, care ar provoca simptome evidente de disperare la cele mai multe persoane.

Criterii de diagnostic clinic

- revenirea repetată a evenimentului traumatic în amintiri invadante; vise; cosmaruri;
- apar în context durabil de „anestezie psihică“ şi de stări emoționale, de detaşare în raport cu ceilalți;
- insensibilitate la mediu, anhedonie;
- evitarea activităților sau situațiilor care pot redeştepta amintirea traumei;
- hiperactivitate neurovegetativă cu hipervigilență, insomnie asociată cu anxietate, depresie, idei suicidare;
- perioada dintre traumă şi apariția simptomelor variază de la săptămâni la câteva luni;
- evoluție fluctuantă spre vindecare sau evoluție cronică pe durată mare de câțiva ani antrenând o modificare durabilă a personalității.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice şi a prognosticului bolii, conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice, paraclinice, EEG şi neuroimagistice (CT), precum şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
1, 2 – evoluție spre vindecare	**Fără** deficiență psihică	0-19%	Păstrată
1, 2 – evoluție de aproximativ 6 luni	Deficiență psihică **uşoară**	20-49%	Păstrată
1, 2 – evoluție de peste 6 luni	Deficiență psihică **medie**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate, timp limitat

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURĂRILE DISOCIATIVE

Criterii de diagnostic

Tulburările disociative se definesc în DSM-IV-TR ca fiind caracterizate, în principal, de perturbarea „conştienţei, memoriei, identităţii sau percepţiei mediului". Disocierea reprezintă un mecanism de apărare împotriva traumelor, care ajută persoanele să se îndepărteze de traumă atunci când aceasta se produce. DSM-IV-TR recunoaşte patru tulburări disociative specifice: amnezia disociativă, fuga disociativă, tulburarea disociativă a identităţii şi tulburarea de personalizare.

1. AMNEZIA DISOCIATIVĂ

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. Perturbarea predominantă constă dintr-unul sau mai multe episoade de incapacitate de a-şi reaminti informaţii personale importante, de obicei de natură traumatizantă sau stresantă, de amploare prea mare pentru a putea fi explicate prin uitarea obişnuită.
B. Perturbarea nu apare exclusiv pe parcursul unei tulburări disociative de identitate, al fugii disociative, al unei tulburări de stres posttraumatic, pe fondul unei tulburări acute de stres sau al tulburării de somatizare şi nu este cauzată de efectele fiziologice directe ale unei substanţe sau ale unei tulburări neurologice ori ale unei alte condiţii medicale generale.
C. Simptomele cauzează suferinţe semnificativă clinic sau alterare socială, ocupaţională sau manifestă în alte domenii importante de funcţionare.

2. FUGA DISOCIATIVĂ

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. Perturbarea predominantă este plecarea bruscă, neaşteptată, de acasă sau de la locul obişnuit de muncă, cu incapacitatea reamintirii propriului trecut.
B. Confuzie în legătură cu identitatea personală sau asumarea unei noi identităţi.
C. Tulburarea nu apare exclusiv în cursul unei tulburări disociative a identităţii şi nu este determinată de efectele fiziologice directe ale unei substanţe sau ale unor condiţii medicale generale.
D. Simptomele cauzează suferinţă semnificativă clinic sau alterare socială, ocupaţională sau manifestă în alte domenii importante de funcţionare.

3. TULBUREA DISOCIATIVĂ A IDENTITĂŢII

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. Prezenţa a două sau mai multe identităţi sau stări de personalitate (fiecare cu propriul pattern relativ durabil de percepţie, relaţionare şi gândire despre mediu şi self).
B. Cel puţin două dintre aceste identităţi sau stări de personalitate preiau repetat controlul comportamentului persoanei.
C. Incapacitatea de a-şi reaminti informaţii personale importante, prea extinsă pentru a putea fi explicată prin uitarea obişnuită.
D. Tulburarea nu este determinată de efectele fiziologice directe ale unei substanţe sau ale unei condiţii medicale generale.

4. TULBURAREA DE DEPERSONALIZARE

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. Trăiri persistente sau recurente de detaşare, ca şi cum cineva ar fi un observator exterior al propiilor procese mintale sau al propriului corp.
B. În cursul trăirii de depersonalizare testarea realităţii rămâne intactă.
C. Depersonalizarea produce suferinţă semnificativă clinic sau alterări sociale, ocupaţionale sau în alte domenii importante ale funcţionării.
D. Trăirea de depersonalizare nu apare exclusiv în cursul unei tulburări mintale, cum ar fi schizofrenia, tulburarea de panică, tulburarea de stres acută sau o altă tulburare disociativă şi nu se datorează efectelor fiziologice directe ale unei substanţe sau ale unei condiţii medicale generale.

5. STUPOR DISOCIATIV

Criterii de diagnostic clinic
- diminuarea sau absența mișcărilor voluntare în prezența unei reactivități normale la stimuli externi;
- absența unei suferințe somatice;
- prezența evenimentelor psihotraumatizante recente.

6. TULBURĂRI DE TRANSĂ ŞI POSESIUNE

Criterii de diagnostic clinic
- pierderea tranzitorie a conştiinței propriei identități, asociată cu conservarea perfectă a conştiinței mediului înconjurător;
- survin în afara controlului religios sau cultural al persoanei;
- nu sunt determinate de suferințe somatice.

7. TULBURĂRI MOTORII DISOCIATIVE

Criterii de diagnostic clinic
- pierderea capacității de a mişca o parte sau totalitatea unui membru sau a mai multor membre;
- se pot asemăna cu toate formele de atacuri, apraxie, afonie, dizartrie, dischinezie, convulsii sau paralizii;
- nu au substrat organic.

8. CONVULSII DISOCIATIVE

Criterii de diagnostic clinic
- convulsii asemănătoare celor epileptice;
- muşcarea limbii, rănirile prin cădere sau pierderea urinei sunt rare;
- se pot asocia cu o stare de stupoare sau de transă, dar nu este însoțită de pierderea cunoştiinței;
- nu are cauză organică sau una identificată în epilepsie.

9. ANESTEZIA DISOCIATIVĂ ŞI ATINGERILE SENZORIALE

Criterii de diagnostic clinic
- limitele teritoriilor cutanate anesteziate cuprind mai mult concepțiile personale ale pacientului privind funcționarea corpului decât cunoştiintele medicale;
- atingerea unui tip de sensibilitate cu păstrarea altora fără a respecta teritoriile anatomice, fără a corespunde unor leziuni neurologice cunoscute;
- nu este cauzată de leziuni organice.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice şi a prognosticului bolii, conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice, paraclinice, EEG şi neuroimagistice (CT), precum şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Formele clinice 1-4	Deficiență psihică **uşoară**	20-49%	Păstrată
Tulburări disociative care interferă cu activitatea profesională	Deficiență psihică **medie**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate
Stări cronice care interferă cu activitatea profesională, tulburări motorii, convulsii frecvente	Deficiență psihică **accentuată**	75-90%	**Gradul II** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

TULBURĂRI SOMATOFORME

Tulburările somatoforme se caracterizează prin simptome somatice care sugerează o condiție medicală, dar care nu sunt explicate pe deplin de condiția medicală respectivă, de uzul de substanțe sau de altă tulburare mentală. DSM-IV-TR recunoaşte *cinci tulburări somatoforme specifice:* tulburarea de somatizare, tulburarea conversivă, tulburarea hipocondriacă, tulburarea dismorfică corporală şi tulburarea algică; şi două nespecifice: tulburarea somatoformă nediferențiată şi tulburarea somatoformă nespecificată în alt mod.

1. TULBURAREA DE SOMATIZARE

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. Istoric de numeroase acuze somatice, începând înaintea vârstei de 30 ani, care se manifestă pe o perioadă de câțiva ani şi determină căutarea unui tratament sau în alterare semnificativă socială, ocupațională sau manifestată în alte domenii importante ale funcționării.
B. Fiecare dintre criteriile următoare trebuie să fi fost îndeplinit, simptomele individuale putând să apară în orice moment pe parcursul tulburării:
– patru simptome algice: istoric de dureri legate de cel puțin patru localizari sau funcțiuni diferite;
– două simptome gastro-intestinale: istoric de cel puțin două simptome gastro-intestinale, altele decât durerea;
– un simptom sexual: istoric de cel puțin un simptom sexual sau reproductiv, altul decât durerea;
– un simptom pseudoneurologic: istoric de cel puțin un simptom sau deficit care sugerează o condiție neurologică şi care nu se limitează la durere.
C. Fie **1**, fie **2**:
– după investigarea adecvată, fiecare dintre simptomele de la criteriul B nu pot fi explicate pe deplin printr-o condiție medicală generală cunoscută sau prin efectele directe ale unei substanțe;
– atunci când există o condiție medicală generală legată de simptom, acuzele somatice sau alterările sociale sau ocupaționale rezultante sunt excesive față de ceea ce ar fi de aşteptat pe baza anamnezei, a examenului somatic sau a datelor de laborator.
D. Simptomele nu sunt imitate sau produse intenționat.

2. TULBURĂRI SOMATOFORME NEDIFERENȚIATE

Categorie reziduală, folosită pentru descrierea unui tablou parțial de tulburare somatoformă.

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. Una sau mai multe acuze somatice.
B. Fie **1**, fie **2**.
C. După investigarea adecvată, simptomele nu pot fi explicate pe deplin de o condiție medicală generală cunoscută sau de efectele fiziologice directe ale unei substanțe.
D. Atunci când există o condiție medicală generală legată de simptom, acuzele somatice sau alterările sociale sau ocupaționale rezultante sunt excesive față de ceea ce ar fi de aşteptat pe baza anemnezei, a examenului somatic sau a datelor de laborator.
E. Simptomele cauzează suferință semnificativă clinic sau alterări sociale, ocupaționale sau în alte domenii importante ale funcționării.
F. Durata tulburărilor este de cel puțin şase luni.
G. Tulburarea nu este explicată mai bine de o altă tulburare mintală.
H. Simptomele nu sunt imitate sau produse intenționat.

TULBURĂRI CONVERSIVE

Se caracterizează printr-unul sau mai multe simptome neurologice asociate cu un conflict sau cu o nevoie psihologică, şi nu cu o tulburare somatică, neurologică sau legată de substanțe.

4. TULBURAREA HIPOCONDRIACĂ

Frica sau convingerea, patologice, de a suferi de o boală gravă, cu toate că nicio astfel de boală nu este prezentă.

Criterii de diagnostic clinic

- preocupare persistentă privind prezența eventuală a uneia sau mai multor tulburări somatice grave şi evolutive;
- interpretarea de către persoana respectivă a semnelor şi senzațiilor fizice normale şi anodine ca fiind patologice, anormale sau penibile;
- concentrarea atenției asupra unuia sau două organe sau sisteme;
- prezența unei depresii şi anxietăți importante pot justifica un diagnostic suplimentar.

5. TULBUREA ALGICĂ

Criterii de diagnostic clinic – DSM-IV-TR

A. Durerea în unul sau mai multe sedii anatomice constituie elementul central al tabloului clinic şi este de o severitate suficientă ca să justifice atenția clinică.
B. Durerea cauzează suferință semnificativă clinic sau alterări sociale, ocupaționale sau în alte domenii importante ale funcționării.
C. Se apreciază că factorii psihologici au un rol important în debutul, severitatea, exacerbarea sau întreținerea durerii.
D. Simptomul sau deficitul nu sunt produse sau imitate intenționat.
E. Durerea nu se explică mai bine de o tulburare a dispozitiei, de o tulburare anxioasă sau de o tulburare psihotică şi nu îndeplineşte criteriile de dispareunie.

6. TULBURĂRILE FACTICE

În tulburările factice pacienții produc deliberat simptome somatice sau psihologice cu scopul de a-şi asuma rolul de bolnav. În aceste tulburări, bolnavii produc intenționat semne de boli medicale sau mintale şi îşi prezintă istoricul şi simptomele altfel decât în realitate.

7. SIMULAREA

Este producerea voluntară de simptome somatice sau psihice, în vederea înfăptuirii unui scop specific.

Diagnostic funcțional

Se elaborează prin aprecierea clinică a intensității tulburărilor psihice şi a prognosticului bolii, conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, a examinării psihologice, paraclinice, EEG şi neuroimagistice (CT), precum şi a investigației sociale.

Criteriile	Diagnosticul funcțional	Incapacitatea	Capacitatea de muncă
Somatizarea Tulburări somatoforme nediferențiate	**Fără** deficiență psihică	0-19%	Păstrată
Interferă cu activitatea profesională (zile de incapacitate temporală de muncă); forma 1 şi 2	Deficiență psihică **uşoară**	20-49%	Păstrată
Tulburarea hipocondriacă ce interferă cu activitatea profesională, modificări de comportament social, familial	Deficiență psihică **medie**	50-75%	**Gradul III** de invaliditate

* Aprecierea diagnosticului funcțional va fi făcută în conformitate cu criteriile clinice şi funcționale centrate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi **secțiunea III. Aplicarea criteriilor de diagnostic clinic şi funcțional pentru evaluarea capacității de muncă propuse de INEMRCM.**

18. INVALIDITĂȚILE CARE AFECTEAZĂ IREVERSIBIL CAPACITATEA DE MUNCĂ

1. Afecțiunile oftalmologice care duc la scăderea acuității vizuale sub 1/20 la ambii ochi, în stadiul irecuperabil medical sau chirurgical;
2. Amputațiile de membre toracale (antebraț, braț, mână) sau de membre pelvine (coapsă, gambă, picior) neprotezabile;
3. Spondilita anchilozantă în formă avansată;
4. Poliartrita cronică deformantă, cu impotență funcțională accentuată, rebelă la tratament;
5. Anchiloza de şold bilaterală;
6. Ciroza hepatică, cu insuficiență hepatică ireductibilă;
7. Insuficiența cardiacă ireductibilă;
8. Hipertensiunea pulmonară severă, cu complicații grave, ireversibile;
9. Insuficiența respiratorie cronică, cu indicație de oxigenoterapie de lungă durată;
10. Insuficiența renală cronică, în stadiul de uremie depăşită prin mijloace de epurare extrarenală (hemodializă, dializă peritoneală, plasmafereză, hemofiltrare arterio-venoasă continuă);
11. Afecțiunile neoplazice, stadiul IV, cu metastaze sau în stadiul III, forme inoperabile, cu complicații;
12. Afecțiunile genetice care determină deficiență funcțională ireversibilă prin tratament sau prin tehnici recuperatorii diverse;
13. Sechelele poliomielitei anterioare – indiferent de gradul de invaliditate în care este încadrat;
14. Sechelele encefalopatiilor infantile (deficite motorii) – indiferent de gradul de invaliditate în care este încadrat;
15. Boala Parkinson în formă avansată, rebelă la tratament, cu fenomene *on-off*;
16. Scleroza multiplă în formă primar sau secundar progresivă, cu examen RMN sugestiv şi deficite motorii definitive, anchiloze secundare, tulburări de coordonare, vorbire, tulburări de vedere;
17. SLA;
18. Para- şi tetraplegiile secundare postraumatisme vertebro-medulare, tumori etc., cu sau fără secțiune medulară;
19. *Miastenia gravis*, forma avansată sub tratament, cu tulburări de deglutiție, fonație şi cu crize respiratorii frecvente;
20. Polineuropatiile ereditare, cu deficite motorii şi modificări trofice (Charcot - Marie, boala Frederich etc.);
21. Eredoataxiile (boala Pierre-Marie, degenerative etc.);
22. Distrofiile musculare progresive;
23. Coreea Huntington;
24. Deficite motorii şi/sau afaziile definitive sechelare – AVC, tumorale (evoluție staționară după doi ani de la episodul acut);
25. Demența – stadiu sever;
26. Retardarea mentală gravă şi profundă;
27. Sindromul cohleo-vestibular cronic cu tulburări majore de echilibru;
28. Infecția HIV/SIDA în stadiile: C1, C2, C3; formele HIV/SIDA încadrabile în gradul I.

19. BAREM DE INVESTIGAȚII NECESARE PENTRU STABILIREA DEFICIENȚEI FUNCȚIONALE, A INCAPACITĂȚII ADAPTATIVE ŞI A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN PATOLOGIA INVALIDANTĂ

(1) Pentru stabilirea corectă a deficienței funcționale, incapacității adaptative şi a capacității de muncă sunt necesare ***investigații specifice*** fiecărei categorii patologice invalidante. Acestea cuprind teste biologice, explorări funcționale, explorări imagistice etc.

(2) Investigațiile specifice sunt necesare pentru:

– obiectivarea manifestărilor clinice de boală;
– stabilirea severității afecțiunii;
– evaluarea răpunsului la tratament;
– monitorizarea evoluției.

(3) Investigațiile solicitate (efectuate) pentru stabilirea deficienței funcționale, a incapacității adaptative şi a capacității de muncă pot fi:

a) obligatorii – investigații ale căror rezultate sunt ***indispensabile*** pentru evaluarea corectă a cazului; nu necesită condiții speciale de dotare tehnică sau de personal; cu costuri reduse;

b) suplimentare – investigații care completează şi susțin diagnosticul clinic şi funcțional; solicitarea acestora este facultativă; vor fi solicitate numai în cazul în care nu implică eforturi financiare sau de deplasare pentru asigurat.

c) speciale – utile, dar nu obligatorii; costisitoare şi greu acesibile.

(4) Investigația socială (cercetarea de teren) se efectuează la domiciliu şi/sau la domiciliu. Furnizează date pentru confirmarea diagnosticului clinic şi/sau a pierderii capacității de autoservire. Sunt recomandate în cazul afecțiunilor psihice, al epilepsiei, sechelelor invalidante post AVC, în cazul afecțiunilor oftalmologice severe. În anumite situații devine investigație obligatorie.

BAREM DE INVESTIGAȚII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE RESPIRATORII CRONICE

1. Investigații obligatorii

a) Funcționale

– *spirometria* – evalurea severității disfuncției ventilatorii, monitorizarea evoluției şi a răpunsului la tratament;
– **electrocardiograma** – evidențierea tulburărilor de ritm, semne de cord pulmonar cronic;

b) *Imagistice*

– radiografie toraco-pulmonară standard.

2. Investigații suplimentare

a) Funcționale

– test bronhodilatator;
– măsurarea saturației cu oxigen a sângelui arterial (SaO_2) – cu pulsoximetru digital;
– test de efort – testul de mers ± monitorizarea SaO_2 (BPOC şi fibrozele pulmonare).

b) Imagistice

– ecografie cardiacă – modM, eco Doppler – în cordul pulmonar cronic, pentru evidențierea semnelor de hipertensiune pulmonară şi estimarea presiunii din artera pulmonară;
– tomografie computerizată (CT), tomografie computerizată de înaltă rezoluție (HRCT).

3. Investigații speciale

– măsurarea gazelor sanguine (insuficiența respiratorie cronică);
– test de efort cardio-pulmonar standardizat (de laborator);
– teste de transfer gazos, teste de elasticitate pulmonară.

BAREM DE INVESTIGAȚII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE CARDIOVASCULARE

Boala cardiacă ischemică stabilă (BCI)

1. Investigații obligatorii

– electrocardiogramă (ECG);
– test ECG de efort sau teste de stres farmacologic;
– ecocardiografie.

2. Investigații suplimentare:

– testul de stres farmacologic ecocardiografic/scientigrafic;
– monitorizarea ambulatorie ECG – 24/48 ore (Holter ECG).

3. Investigații speciale:

– CT cu secțiuni multiple (MSCT) pentru evidențierea arterelor coronare;
– coronarografia;
– tomografia cu emisie de pozitroni (PET).

Hipertensiunea arterială esențială

Investigații obligatorii:

– examene de laborator: glicemie, spectru lipidic, creatinină, potasemie, examen de urină;
– electrocardiogramă (ECG)
– examen fund de ochi (FO) (stadiul modificărilor);
– ecocardiografie (metoda de elecție pentru diagnosticul HVS prin măsurarea SIV, PPVS).

Investigații suplimentare:

– ecografie vasculară (aortă, artere carotide, artere renale);
– monitorizarea ambulatorie a TA 24/48 ore (Holter TA).

Hipertensiunea secundară

Renală

Investigații obligatorii:

- examene de laborator, test Addis-Hamburger, proba de concentrație, ionogramă urinară, hemo-leucogramă, VSH, creatinină (clearance creatinină), acid uric, proteinurie/microalbuminurie;
- ecografie renală, ecocardiografie, ecografie vasculară renală (HTA reno-vasculară);
- examen fund de ochi (FO);
- electrocardiogramă (ECG).

Investigații suplimentare:
- monitorizarea ambulatorie a TA 24/48 ore;
- urografie intravenoasă standard;
- uretro-pielografie ascendentă;
- scintigrafia renală;
- angiografia renală (HTA renovasculară);
- tomodensitometria renală (dacă rinichiul polichistic nu a putut fi diagnosticat prin alte metode).

Investigații speciale:
- puncția biopsie renală.

Endocrină

Investigații obligatorii:
- dozări urinare/plasmatice de catecolamine (feocromocitom);
- dozarea cortizolului în urină (sindrom Cushing);
- kaliemia sanguină, aldosteron plasmatic (hiperaldosteronism);
- electrocardiogramă (ECG);
- ecocardiografie (pentru diagnosticul HVS);
- examen fund de ochi (FO).

Investigații suplimentare:
- ecografia abdominală (identifică tumori cu diametrul > 3cm) (feocromocitom).

Investigații speciale:
- tomografia (CT) (feocromocitom);
- scintigrafia cu MIBG marcat cu I 131 (cea mai mare specificitate în localizarea feocromocitomului);
- rezonanța magnetică nucleară (RMN) (feocromocitom, adenom secretant de aldosteron).

Boli cardiace congenitale: (*defect septal atrial (DSA), defect septal ventricular (DSV, persistența de canal arterial (PCA), stenoză aortică congenitală (StAo), coarctație de aortă (CoA) stenoză pulmonară(StP)*.

Investigații obligatorii:
- electrocardiogramă (ECG);
- examen radiologic cardio-pulmonar;
- ecocardiografie.

Investigații suplimentare:
- ecografie transesofagiană;
- RMN cardiac şi aortă.

Investigații speciale:
- cateterism cardiac drept şi stâng cu măsurare de saturații şi presiuni;
- angiografia aortei (CoA);
- coronarografia (StAo, CoA);
- CT aortă, CT cu secțiuni multiple (MSCT).

Cardiomiopatii: *(cardiomiopatia dilatativă (CMD), cardiomiopatia hipertrofică (CMH)*.

Investigații obligatorii:
- electrocardiogramă (ECG);
- ecocardiografie;
- radiografia cardio-pulmonară.

Investigații speciale:
- coronarografie;

- cateterism cardiac;
- explorări radionucleare;
- biopsie endomiocardică;
- tomografia cu emisie de pozitroni (PET);
- rezonanța magnetică nucleară (RMN).

Valvulopatii

Investigații obligatorii:
- electrocardiogramă (ECG);
- ecocardiografie;
- radiografia cardio-pulmonară.

Investigații suplimentare:
– ecocardiografia transesofagiană;
– test de toleranță la efort.

Investigații speciale:
- cateterism cardiac;
- scintigrafie miocardică;
– ventriculografie/aortografie/coronarografie.
– CT cu secțiuni multiple (MSCT);
– RMN cardiac.

Tulburările de ritm şi conducere

Investigații obligatorii:
- electrocardiograma (ECG) (dacă e posibil, un traseu lung de 2-3 minute);
– monitorizarea electrogardiografică ambulatorie 24/48 ore (Holter ECG);
- ecocardiografia.

Investigații suplimentare:
- test de efort (bolnavii cu BCI pot dezvolta tulburări de ritm la un nivel redus de efort şi post efort).

Investigații speciale
- studii de electrofiziologie.

Cordul pulmonar cronic

Investigații obligatorii:
- radiografia pulmonară;
- electrocardiograma (ECG);
- explorări funcționale respiratorii;
- ecocardiografia.

Investigații suplimentare
– monitorizarea electrogardiografică ambulatorie 24/48 ore (Holter ECG)

Investigații speciale:
- RMN cardiac şi pulmonar;
- scintigrafia pulmonară de perfuzie;
- angiografia pulmonară;
- cateterismul cordului drept – în cordul pulmonar de cauză vasculară.

Arteriopatiile periferice obstructive

Investigații obligatorii:
- indicele gleznă/braț (IGB) – stabileşte diagnosticul şi severitatea bolii;
- eco-Doppler vascular.

Investigații suplimentare:
- oscilometrie;
– testul de efort standardizat.

Investigații speciale:
- arteriografia;
– angioRMN;
– CT cu secțiuni multiple (MSCT);
– oxiometria transcutanată.

Bolile venelor

Investigații suplimentare
- ecografia venoasă.

Investigații speciale:
- pletismografia;
- rezonanța magnetică (alternativa ecografiei în studiul anatomiei şi al fluxului venos);
- venografia cu substanță de contrast;
- scintigrafia cu fibrinogen marcat;
– tomografia computerizată.

BAREM DE INVESTIGAȚII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE APARATULUI DIGESTIV

Investigații obligatorii:

a) *examene de laborator biochimice şi hematologice de uz curent:*
– testele biochimice (TFH – teste funcționale hepatice), care includ:
– dozări de aminotransferaze (AT);
– fosfataza alcalină (FA);
– gama-glutamil transpeptidaza (GGT);
– bilirubinemia totală şi fracțiuni;
– serinemia;
– gama-globulinemia;
– markeri virali.
– bilanțul hematologic:
– dozarea hemoglobinei (Hb) şi a hematocritului (Ht) – pentru evalurea severității anemiei;
– în hepatitele cronice include o hemogramă completă şi evaluarea hemostazei – indicator fidel al funcției hepatice (TP = timpul de protrombină).

b) *explorări imagistice:*
– ecografie abdominală;
– tranzit baritat eso-gastro-duodenal;

Investigații suplimentare:
– teste imunologice;
– markeri oncologici;
– investigații endoscopice specifice segmentelor de tub digestiv afectate – endoscopie esogastrică, colonică, rectală.

Investigaţii speciale
- ecoendoscopie, CT, RMN;
- investigaţii specifice chirurgiei generale prin laparoscopie, injectare de substanţe de contrast;
- examen histopatologic al diverselor fragmente de ţesut prelevat prin abord chirurgical, endoscopic sau prin puncţie de organ.

Teste speciale pentru diagnosticul etiologic al hepatitelor cronice:

- teste screening pentru markerii de infecţie cu virusurile B, C etc., completate în caz de pozitivitate cu teste pentru stadiul de evoluţie a infecţiei;
- teste pentru diagnosticul etiopatogeniei autoimune (ANA, ASMA, anti-LKM1) sau speciale (ASGPR, pANCA);
- dozări de ceruloplasmină, cupremie, cuprurie (b.Wilson);
- dozări de feritină în hemocromatoză;
- dozări de alfa-antitripsină în deficitul de alfa-antitripsină;
- biopsia hepatică (BH) – singura investigaţie care permite aprecierea leziunilor tisulare.
- fibromax.

BAREM DE INVESTIGAŢII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂŢII DE MUNCĂ ÎN AFECŢIUNILE RENALE

Investigaţii obligatorii

a) *explorări de laborator:*
- examenul sumar de urină;
- sediment urinar cantitativ (Stansfeld-Webb, Addis-Hamburger);
- proteinuria/24 ore;
- proteinemie, albuminemie şi electroforeza proteinelor serice;
- colesterolemia şi trigliceridemie;
- sindrom biologic inflamator (VSH, fibrinogen);
- uree şi creatinină serică;
- estimarea filtrării glomerulare (*clearance*-ul creatininei şi al ureei endogene , ecuaţia Cokcroft sau MDRD);

b) *explorare imagistică renală (ecografie)*.

Investigaţii suplimentare
- explorări adecvate diferitelor complicaţii asociate.
- bilanţ hidro-electrolitic şi acido-bazic (sodiu, potasiu, bicarbonat în ser);

BAREM DE INVESTIGAŢII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂŢII DE MUNCĂ ÎN DIABETUL ZAHARAT

Investigaţii obligatorii
- glicemie;
- măsurarea tensiunii arteriale (TA);
- electrocardiogramă (ECG);
- examen fund de ochi (FO) prin oftalmoscopie directă;
- indicele gleznă/braţ (IGB) sau oscilometrie (dacă nu sunt posibilităţi de determinare a IGB);
- proteinurie;
- examen sumar urină (obligatoriu prezenţa/absenţa corpilor cetonici, ±evaluare cantitativă – Addis-Hamburgher etc.);
- creatinină serică (clearence la creatinină).

Investigații suplimentare
- hemoglobina glicozilată (HbA1c) (controlul terapeutic);
- microalbuminurie (diagnostic de nefropatie incipientă, controlul diabetului);
- ecocardiografie (diagnostic de cardiomiopatie diabetică – îngroşarea SIV, PPVS);
- ecografie vasculară Doppler a vaselor gâtului (diagnosticul macroangiopatiei cerebrale);
- examenul clinic neurologic (dacă există simptome sau semne neurologice) poate oferi elemente funcționale prin diagnosticarea neuropatiei diabetice: absența ROT, tulburări de sensibilitate, atrofii musculare etc.;
- test de efort (TE), doar la diabeticii simptomatici (angină pectorală) sau cu modificări ECG.

Investigații speciale
- determinarea vitezei de conducere nervoasă (VCN) – motorie şi senzitivă (a nervului median) (diagnosticul neuropatiei periferice);
- tomografia computerizată (CT) cerebrală (dianosticul complicațiilor vasculare cerebrale);
- rezonanța magnetică nucleară (RMN) cerebrală (diagnosticul complicațiilor vasculare cerebrale;
- angiografia radionucleară cardiacă (diagnosticul de acuratețe al cardiomiopatiei diabetice;
- angiografia cu fluoresceină (diagnosticul microanevrismelor, microhemoragiilor retiniene);
- ecografia oculară;
- electroretinograma (ERG) (diagnosticul modificărilor funcționale retiniene precoce);
- fluorometria vitreeană (detectarea precoce a retinopatiei diabetice);
- teste pentru diagnosticul neuropatiei vegetative.

BAREM DE INVESTIGAȚII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE ENDOCRINE

Investigarea morfologică şi funcțională a glandelor endocrine se realizează prin teste specifice şi tehnici imagistice care, de regulă, se efectuează numai în centre specializate. Sunt de asemenea necesare investigații suplimentare pentru evaluarea efectelor sistemice ale disfuncțiilor endocrine.

Patologia hipofizară

Investigații imagistice
1. care evidențiază ***modificări morfologice ale hipofizei*** – radiografia de profil a şeii turceşti;
2. care pun în evidență ***modificări osoase şi articulare*** – radiografii craniu, oase lungi, oase mici, coloană vertebrală (acromegalie şi gigantism);
3. pentru aprecierea vârstei osoase prin ***nuclei de osificare*** (nanism hipofizar).

Investigarea funcției hipofizare
- **STH** – *teste de stimular*e cu insulină, L- Dopa, L- arginină;
- *teste de supresie* – hiperglicemie provocată;
- **Prolactina** – *teste de stimular*e la TRH;
  – *teste de supresie* – cu L-Dopa.
- **ACTH** – *teste de stimular*e la ACTH, insulină, metyrapone, CRH ovin;
  – *teste de supresie* – cu dexametazonă;
- **TSH** – funcția bazală tiroidiană, prin determinarea nivelului plasmatic al hormonilor tiroidieni (T3, T4, TBI);
- **LH, FSH** – prin determinarea nivelului plasmatic bazal de LH, FSH;
  – teste de stimulare cu hormoni gonadotropi.

Obs. În funcție de nivelul bazal al hormonilor se evaluează răspunsul secretor prin teste de stimulare, individual sau combinat.

Patologia tiroidiană

Investigații imagistice:
1. ecografia tiroidiană – identificarea nodulilor tiroidieni cu diametrul de 1-3 mm.
2. RMN, tomografie computerizată – pentru diagnosticul diferențial al nodulilor maligni.
3. scintigrafia tiroidiană, eventual termografie.

Investigarea funcției tiroidiene:
- radioiodocaptarea tiroidiană;
- dozarea hormonilor tiroidieni;
- tiroxina serică (T4);
- revers T3 (rT3);
- tiroglobulina;
- TSH (hormonul tireotrop hipofizar) – nivelul seric al TSH corelează invers cu nivelul plasmatic al hormonilor tiroidieni; este cel mai util test, atât în hipo- cât şi în hipertiroidii;
- Anticorpi antitiroidieni (antitireoglobulina, antireceptori TSH, T3, T4, antiperoxidază tiroidiană;
- biopsia tiroidiană.

Patologia suprarenală

Explorarea cortiocosuprarenalei

I. Investigații imagistice (morfologice) indicate pentru localizarea tumorilor:
1. ultrasonografia;
2. radiografia simplă sau cu substanță de contrast (MIBG – metaiodobenzylguanidină);
3. tomografie computerizată;
4. rezonanță magnetic nucleară;

Investigații funcționale:
- dozarea cortizolului plasmatic;
- dozarea cortizolului urinar;
- concentrația plasmatică a ACTH (eventual teste de stimulare /supresie);
- activitatea reninei plasmatice (ARP);
- dozarea aldosteronului plasmatic şi urinar;
- în funcție de linia endocrino - metabolică afectată, mai pot fi necesare: dozarea electroliților în sânge şi în urină, glicemia bazală, eventual hiperglicemia provocată.

Explorarea medulosuprarenalei:
– dozarea catecolaminelor şi a metaboliților plasmatici;
– dozarea catecolaminelor urinare;
– acidul vanil – mandelic (VMA) – feocromocitom.

Patologia paratiroidiană

Explorarea directă:
– dozarea radioimunologică a parathormonului (PTH) circulant.

Explorarea indirectă:
– calcemia/calciuria;
– fosfatemia/fosfaturia;
– fosfataza alcalină;
– explorarea scheletului – radiografie, scintigrafie osoasă;
– evaluarea funcției renale:
a. diagnostic diferențial;
b. evidențierea efectelor renale – nefrocalcinoza, nefrita interstițială, litiaza renală;

BAREM DE INVESTIGAȚII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE REUMATISMALE

Poliartrita reumatoidă (PR)

Explorări obligatorii:
- radiografia mâinii bilateral (față) – la pensionare şi în caz de agravare;
- radiografia antepicioare bilateral (față) – la pensionare şi în caz de agravare;
- factor reumatoid (latex – Waaler-Rose) – la pensionare;
- VSH – la fiecare revizuire ;
- fibrinogen – la fiecare revizuire;
- proteina C reactivă – la fiecare revizuire;
- hemograma – la fiecare revizuire;
- testări articulare – în PR stadiile III –IV cu redori, anchiloze, luxații observate la examenul clinic;
- radiografii coxofemurale, genunchi, coate sau coloană cervicală (profil), **dacă** la examenul clinic se constată redori la nivelul acestor articulații – la pensionare sau agravare
- TGO, TGP, electroforeză, uree, creatinină – la fiecare revizuire, **dacă** pacientul este în tratament cu DMARDs: Methotrexat, Sulfasalazină (Salazopirină), Leflunomid (Arava), Infliximab (Remicade), Etanercept (Enbrel), Adalimumab (Humira);
- radiografie pulmonară – la fiecare revizuire anuală, **dacă** pacientul este în tratament cu Methotrexat, Infliximab (Remicade), Etanercept (Enbrel), Adalimumab (Humira);
- spirogramă – la fiecare revizuire anuală, **dacă** pacientul este în tratament cu Methotrexat.

Explorări suplimentare:
- Ac anti CCP;
- IgM, IgG;
- complementul seric şi fracțiunile sale;
- ecografie articulară;
- tomografia computerizată;
- rezonanța magnetică nucleară;
- scintigrafia osoasă.

Spondilartritele seronegative:

Spondilartrita anchilozantă (SA)

Explorări obligatorii:
- radiografie de bazin pentru sacroiliace – la pensionare;
- radiografie de coloană dorsolombară (profil) – la pensionare;
- radiografie de coloană cervicală (profil) – la pensionare sau în caz de agravare;
- radiografia mâinii bilateral (față) şi antepicioare bilateral (față) – doar pentru S.A. în forma periferică – la pensionare sau agravare;
- VSH – la fiecare revizuire ;
- fibrinogen – la fiecare revizuire;
- proteina C reactivă – la fiecare revizuire;
- hemograma – la fiecare revizuire;
- examen oftalmologic – la fiecare revizuire anuală;
- spirogramă – la fiecare revizuire anuală;
- testări articulare de coloană vertebrală – la pensionare sau în cau de agravare;
- radiografie de bazin pentru coxofemurale – **dacă** pacientul prezintă dureri (suspiciune de coxită) sau redori la nivelul şoldurilor – la pensionare sau în caz de agravare;
- radiografie de genunchi, umeri, coate – **dacă** la examenul clinic se constată redori la nivelul acestor articulații – la pensionare sau în caz de agravare;
- testări articulare – şolduri, genunchi, glezne, umeri, coate, **dacă** la examenul clinic se constată redori la nivelul acestor articulații.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):
– scintigrafie sau tomografie computerizată de bazin pentru articulațiile sacroliliace şi coxofemurale;
– antigenul $HLAB_{27}$ – dacă se pune problema diagnosticului diferențial;
– studiul lichidului sinovial.

Artritele reactive (AR) sau Sindromul Reiter – Fiessinger –Leroy (RFL)

Explorări obligatorii:
– radiografie de bazin pentru sacroiliace – la pensionare;
– radiografie de coloană dorsolombară (profil) – la pensionare;
– radiografia mâinii bilateral (față), antepicioare bilateral (față) sau alte articulații afectate – la pensionare sau în caz de agravare;
– VSH – la fiecare revizuire;
– fibrinogen – la fiecare revizuire;
– proteina C reactivă – la fiecare revizuire;
– hemograma – la fiecare revizuire;
– examenuloftalmologic – la fiecare revizuire anuală;
– testări articulare – la pensionare sau în caz de agravare;
– testări articulare – coloana vertebrală, şolduri, genunchi, glezne, umeri, coate etc. – **dacă** la examenul clinic se constată dureri sau redori la nivelul acestor articulații.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):
– antigenul $HLAB_{27}$ – **dacă** se pune problema diagnosticului diferențial;
– anticorpii specifici: anti Schigella, anti Klepsiella, anti Salmonella etc.;
– tomografia computerizată axială;
– scintigrafie osoasă;
– R.M.N.;
– studiul lichidului sinovial.

Artropatia psoriazică (AP)

Explorări obligatorii:
– radiografie de bazin pentru sacroiliace – la pensionare;
– radiografie de coloană dorsolombară (față + profil) – la pensionare;
– radiografia mâinii bilateral (față), antepicioare bilateral (față) sau alte articulații afectate – la pensionare sau în caz de agravare;
– radiografie de bazin pentru coxofemurale – **dacă** pacientul prezintă dureri (suspiciune de coxită) sau redori la nivelul şoldurilor – la pensionare sau în caz de agravare;
– VSH – la fiecare revizuire;
– fibrinogen – la fiecare revizuire;
– proteina C reactivă – la fiecare revizuire;
– hemograma – la fiecare revizuire;
– acid uric – la fiecare revizuire;
– examen dermatologic – la pensionare sau în caz de agravare;
– testări articulare de coloană vertebrală – la pensionare sau în caz de agravare;
– testări articulare – şolduri, genunchi, glezne, umeri, coate, dacă la examenul clinic se constată redori la nivelul acestor articulații.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):
– factorul reumatoid (Latex, Waaler Rose) – pentru diagnostic diferențial;
– imunoelectroforeza;
– complexele imune;
– studiul lichidului sinovial.

Lupusul eritematos sistematic (LES)

Explorări obligatorii:
– hemogramă completă – la fiecare revizuire;
– VSH – la fiecare revizuire;
– proteina C reactivă – la fiecare revizuire;
– complementul seric – la fiecare revizuire;
– FAN – la fiecare revizuire;
– celule lupice – la fiecare revizuire;
– uree şi creatinină – la fiecare revizuire;
– ac. anti AND dublu catenar – la pensionare;
– EKG – la fiecare revizuire.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):
– complexele imune;
– timp de coagulare;
– timp de protombină;
– anticorpii anti-ADN dublu catenar;
– HLA DR2 sau DR3 – DR4;
– factor reumatoid;
– electroforeza;
– biopsie renală, tegumentară şi ganglionară.

Sclerodermia sistemică (Ss)

Explorări obligatorii:
– hemogramă completă – la fiecare revizuire;
– VSH – la fiecare revizuire;
– proteina C reactivă – la fiecare revizuire;
– anticorpii antinucleari – la pensionare;
– anticorpi antinucleari specifici (anticorpii anti-Sc 170, anticentromer şi anti-Ro) – la pensionare;
– complementul seric – la fiecare revizuire;
– EKG – la fiecare revizuire;
– tranzit baritat pentru esofag – dacă prezintă disfagie;
– radiografie mâini bilateral (față) – dacă prezintă modificări la ex. clinic;
– rx.pulmonar) – dacă prezintă dispnee;
– probe funcționale respiratorii – dacă prezintă dispnee.

Explorări suplimentare:
– utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile);
– complexele imune;
– biopsie cutanată.

Polimiozita sau **Dermatomiozita**

Explorări obligatorii:
– transaminaze – la fiecare revizuire;
– VSH – la fiecare revizuire;
– proteina C reactivă – la fiecare revizuire;
– electroforeza – la fiecare revizuire;
– creatinkinaza – la pensionare;
– aldolaza – la pensionare;
– mioglobina – la pensionare.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):
– EMG;
– biopsia musculară;
– capilaroscopia periunghială.

Vasculitele
Poliarterita nodoasă sau ***periartrita nodoasă (PAN)***

Explorări obligatorii:
– hemogramă – la fiecare revizuire;
– VSH – la fiecare revizuire;
– Electroforeză – la fiecare revizuire;
– complementul seric – fracţiunile C3 – C4 – la fiecare revizuire;
– examen urină – la fiecare revizuire;
– dozare antigen HBs – la pensionare;
– Biopsie tegumente, muşchi, rinichi – la pensionare.

Angeita alergică şi granulomatoasă (Boala Churg – Strauss)

Explorări obligatorii:
– VSH – la fiecare revizuire;
– dozarea IgE – la fiecare revizuire;
– Biopsie tegumentară – la pensionare.

Granulomatoza Wegener

Explorări obligatorii:
– hemogramă – la fiecare revizuire;
– VSH – la fiecare revizuire;
– dozarea anticorpilor anticitoplasmatici (C-ANCA) – la pensionare;
– reacţia ELISA – proteinaza 3 – la pensionare;
– biopsie tegumentară sau musculară a zonelor afectate – la pensionare.

Arterita Takayasu

Explorări obligatorii:
– hemogramă – la fiecare revizuire;
– VSH – la fiecare revizuire;
– imunoglobuline – la fiecare revizuire;
– arteriografie – la pensionare.

Sindromul Behcet (SB)

Explorări obligatorii:
– hemogramă – la fiecare revizuire;
– Ig A – la fiecare revizuire;
– crioglobuline – la fiecare revizuire;
– consult dermatologic – la pensionare;
– consult oftalmologic – la revizuirea anuală.

Explorări suplimentare
– antigenul HLA-B51.

Boala mixtă a țesutului conjunctiv (BMTC)
Explorări obligatorii:
– dozarea autoanticorpilor anti-U1-RNP – la pensionare;
– hemogramă – la fiecare revizuire;
– electroforeză – la fiecare revizuire;
– complement seric – la fiecare revizuire;
– complexe imune circulante – la pensionare;
– factor reumatoid – la pensionare.
– biopsie cutanată – la pensionare

Sindromul sjogren (SS)

Explorări obligatorii:
– hemogramă – la fiecare revizuire;
– VSH – la fiecare revizuire;
– electroforeză – la fiecare revizuire;
– complexe imune circulante – la fiecare revizuire;
– anticorpi antinucleari – la fiecare revizuire;
– crioglobuline – la fiecare revizuire;
– dozarea anticorpilor anti SS-A(Ro) – la pensionare;
– anti SS-B(La); anti SS-C – la pensionare;
– consult oftalmologic – la revizuirea anuală.

Artritele microcristaline şi dismetabolice
Guta

Explorări obligatorii:
– acid uric – la fiecare revizuire;
– hemogramă – la fiecare revizuire;
– VSH – la fiecare revizuire;
– proteina C reactivă;
– electroforeză – la fiecare revizuire;
– trigliceride – la fiecare revizuire;
– radiografie antepicioare bilateral – la pensionare şi agravare;
– radiografie mâini bilateral – la pensionare şi agravare.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile)
– examen lichid sinovial.

Condrocalcinoza (Pseudo-Guta)

Explorări obligatorii:
– acid uric – la fiecare revizuire;
– hemogramă – la fiecare revizuire;
– VSH – la fiecare revizuire;
– proteina C reactivă;
– electroforeză – la fiecare revizuire;
– radiografie antepicioare bilateral – la pensionare şi agravare;
– radiografie mâini bilateral – la pensionare şi agravare;
– examen lichid sinovial – la pensionare.

Boli articulare degenerative
Coxartroza

Explorări obligatorii:
– radiografie de bazin pentru coxofemurale – la pensionare şi agravare;
– testare articulară (bilanț articular) – la fiecare revizuire.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):
– R.M.N.;
– tomografie computerizată.

Gonartroza

Explorări obligatorii:
– VSH – formele active;
– radiografie genunchi (față + profil) – la pensionare şi agravare;
– testare articulară (bilanț articular) – la fiecare revizuire.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):
– examen lichid sinovial;
– R.M.N.;
– artroscopie genunchi.

Artrozele piciorului

Explorări obligatorii:
– VSH – formele active;
– radiografie antepicioare bilateral – la pensionare şi agravare.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):
– R.M.N.;
– ecografie articulară.

Artrozele mâinii

Explorări obligatorii:
– VSH – formele active;
– radiografie mâini bilateral – la pensionare şi agravare;
– testări articulare – la fiecare revizuire.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):
– Ecografie articulară

Spondilozele

Explorări obligatorii:
– radiografie de coloană vertebrală (față + profil);
– testări articulare.

Bolile articulare abarticulare:
Fibromialgia (Fibrozita)

Explorări obligatorii:
– VSH;
– TGO;
– factor reumatoid;
– anticorpi anitnucleari,
– enzime musculare;
– examen radiologic.

Periartrita scapulohumerală

Explorări obligatorii:
– VSH;
– examen radiologic;
– testări articulare.

Explorări suplimentare:
– ecografie articulară;
– R.M.N.;
– tomografie computerizată.

Distrofia simpatică reflexă (DSR)

Explorări obligatorii:
– VSH;
– examen radiologic;
– testări articulare.

BAREM DE INVESTIGAȚII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE LOCOMOTORII

Sechelele posttraumatice ale membrelor *(post fracturi, luxații, distrugeri părți moi)*

Redori articulare

Explorări obligatorii:
– radiografia articulației afectate (față + profil) – la pensionare şi în caz de agravare;
– testări articulare – la fiecare revizuire.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):
– ecografie articulară.

Anchiloze

Explorări obligatorii:
– radiografia articulației afectate (față + profil) – la pensionare şi în caz de agravare;
– testări articulare.

Pseudartroza

Explorări obligatorii:
– radiografia segmentului afectat (față + profil) – la fiecare revizuire.

Sindrom algo-neurodistrofic post traumatic

Explorări obligatorii:
– radiografia segmentului afectat (față + profil) – la fiecare revizuire;
– testări articulare – la fiecare revizuire.

Amputațiile

Explorări obligatorii:
– radiografia bontului (față + profil) – la pensionare şi în caz de agravare;
– testări articulare – articulația supraiacentă amputației şi cele care la examenul clinic prezintă limitări ale mobilității – la pensionare şi în caz de agravare;
– oscilometrie – la pensionare şi în caz de agravare.

Traumatismele vertebro-medulare

Explorări obligatorii:
– radiografie de coloană vertebrală – segmentul afectat (față + profil) – la pensionare şi în caz de agravare;
– examen clinic neurologic – la fiecare revizuire.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):
– tomografie computerizată axială;
– I.R.M.;
– discografie;
– flebografie;
– arteriografie;
– electromiografie;
– examen L.C.R.

Sechelele post OA – TBC; morb Pott
Explorări obligatorii:
– radiografia articulației afectate (față + profil) – la fiecare revizuire;
– testări articulare – la fiecare revizuire.

Sechelele Morb Pott

Explorări obligatorii:
– radiografie de coloană vertebrală;
– testarea coloanei;
– probe ventilatorii.

Osteonecroza aseptică a capului femural
Explorări obligatorii:
– radiografia bazin pentru coxofemurale – la pensionare şi în caz de agravare;
– testări articulare – la fiecare revizuire.

Explorări suplimentare:
– utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):
– scintigrafie osoasă;
– tomografie computerizată;
– I.R.M.

Osteomielita. Osteitele fistulizate

Explorări obligatorii:
– radiografia segmentului afectat – la fiecare revizuire;
– hemogramă – la fiecare revizuire;
– VSH – la fiecare revizuire;
– fibrinogen – la fiecare revizuire.

Explorări suplimentare – utile, dar nu obligatorii (costisitoare sau greu accesibile):
– însămânțare din secreția localsă;
– examen radiologic: fistulografic;

Deformațiile coloanei vertebrale **(Scolioza, cifoscolioza – de etiologie polimorfă ajunsă la maturitate)**

Explorări obligatorii:
– radiografie de coloană vertebrală (față + profil) segmentului afectat – la pensionare şi în caz de agravare;

– examen goniometric – efectuat pe o radiografie standard;
– testare articulară;
– probe ventilatorii – la fiecare revizuire.

Malformații congenitale

Membre toracale:
– luxație congenitală a umărului;
– agenezie – degete, mână, antebraț;
– sindactilie.

Membre pelvine:
– displazia luxantă a şoldului;
– coxa-vara, coxa-valga;
– coxa-plana;
– aplazii de femur;
– genu varum, genu valgus, genu recurvatum;
– picior strâmb congenital – varus – valgus – talus – cavus.

Coloană vertebrală:
A. De origine medulară:
– siringomielie şi hidromielie;
– malformații vasculare;
– chist dermoid şi epidermoid.
B. De origine vertebrală:
– sindrom Klippel – Feil;
– sindrom de coastă cervicală;
– sacralizarea vertebrei L5;
– angiom vertebral.
C Mixte:
– spina bifida.

Explorări obligatorii:
– radiografia segmentului afectat (față + profil) – la pensionare şi în caz de agravare;
– testare articulară.

BAREM DE INVESTIGAȚII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE NEUROLOGICE

Traumatisme cranio-cerebrale

1. Traumatisme cranio-cerebrale minore
Investigații obligatorii- radiografie de craniu.
Investigații suplimentare – CT cerebral.
2. Traumatisme cranio-cerebrale medii
Investigații obligatorii – CT cerebral ± substan□ă de contrast; EEG.
3. Traumatisme cranio-cerebrale severe
Investigații obligatorii – CT cerebral ± substan□ă de contrast; EEG.
Investigații suplimentare – RMN cerebral.
4. Traumatisme cranio-cerebrale grave
Investigații obligatorii – RMN cerebral.
Investigații speciale – PET; SPECT.

Traumatisme vertebro-medulare

Investigații obligatorii – radiografia segmentului vertebral afectat
Investigații suplimentare – CT de segment vertebral afectat; EMG; Eco Doppler artere vertebrale, artere carotide.
Investigații speciale – RMN ± s.c segment vertebral afectat; angio-RMN.

Mielopatii netraumatice

Investigații obligatorii – CT ± substanță de contrast ; ex. LCR.
Investigații suplimentare – RMN ± substanță de contrast.

Infarct medular

Investigații obligatorii – RMN ± substanță de contrast, angio-RMN.

Hemoragie intraspinală

Investigații obligatorii – RMN ± substanță de contrast, angio-RMN.

***Mielita tranversă acută* (Sindromul Brown Sequard)**

Investigații obligatorii – radiografie de segment vertebral afectat, RMN ± substanță de contrast; ex. LCR.

Abces epidural spinal

Investigații obligatorii – RMN.

Scleroza laterală amiotrofică

Investigații obligatorii – RMN, EMG.

***Degenerescența subacută combinată a măduvei* (sindromul cordoanelor posterioare – deficit de vitamina B12, sindrom Sjogren etc.)**

Investigații obligatorii – RMN; nivel sangvin al vitaminei B12 ≤ 170 pg/ml.

Boală DEVIC

Investigații obligatorii – RMN + substanță de contrast; ex. LCR – benzi oligoclonale, potențiale evocate (PEV).

Siringomielie

Investigații obligatorii – RMN.

Tumori medulare –epidurale, intradurale, extramedulare, intramedulare

Investigații obligatorii – RMN ± substanță de contrast.

Mielita de iradiere

Investigații obligatorii – RMN ± substanță de contrast.

Tabes-Neurosifilis

Investigații obligatorii – markeri serologici - FTA-ABS; anti-TPHA; RPR; VDRL-EEG, CT cerebral.
Investigații speciale – RMN ± substanță de contrast segment vertebral afectat.

Polineuropatii

Investigații obligatorii – EMG.
Investigații suplimentare – analize serologice privind etiologia polineuropatiei.

Miopatii

Investigații obligatorii – EMG, analize serologice şi urinare (electroliți, hormoni tiroidieni, CK , CK-MB, aldolază, mioglobină anticorpi specifici pentru polimiozită, dermatomiozită, substanțe toxice şi/sau medicamentoase etc.), biopsie musculară.

Investigații suplimentare – EKG, ecocardiografie.

Miastenia Gravis

Investigații obligatorii – EMG, anticorpi anti-receptori acetilcolină, anticorpi anti-MuSK, examen CT torace, radiografie torace, probe funcționale ventilatorii, test la miostin.

Investigații suplimentare – analize serologice specifice pentru afecțiunile imunologice caracteristice asociate.

Sindrom miastenic (Eaton-Lambert)

Investigații obligatorii – EMG, anticorpi antireceptori -acetilcolină, anticorpi anti MuSK, examen CT torace, radiografie torace, probe funcționale ventilatorii; test la miostin.

Investigații suplimentare – markeri tumorali – AFP, ACE, PSA, CA19,9, CA 125.

Miotonii

Investigații obligatorii – EMG.

Investigații suplimentare – biopsie musculară.

Epilepsii

Investigații obligatorii – EEG ± mapping.

Investigații speciale – RMN cerebral.

PEIC (operate/neoperate sau inoperabile)

Investigații obligatorii – FO, CT cerebral, radiografie craniu (dacă există PEIC cu leziuni osteolitice, dacă bolnavul este operat), EEG.

Investigații suplimentare – markeri tumorali – AFP, ACE, PSA, CA19,9, CA 125, markeri de inflamație, anticorpi specfici diferiților agenți patogeni.

Investigații speciale – RMN ± substanță de contrast.

Scleroză multiplă

Investigații obligatorii – RMN + substanță de contrast; examen LCR – benzi oligoclonale.

Investigații suplimentare – potențiale evocate vizuale, auditive, somatosenzoriale, FO, CV, proba diplopiei.

Investigații speciale – OCT (*occular coherence tomography*) – în cazul afectării nervului optic

AVC sau ***AIT***

Investigații obligatorii – EKG, FO, ± CV, CT cerebral, examen eco-Doppler.

Investigații suplimentare – evaluarea factorilor de risc serologici pentru ateroscleroză şi/sau ateromatoză;

- evaluarea riscului cardio-embolic – examen ecocardiografic, INR;
- evaluarea sindromului de hipercoagulabilitate;
- anticorpi specifici unor vasculite cu determinare cerebrală.

Investigații speciale – RMN ± substanță de contrast, angio-RMN.

Hemoragia subarahnoidiană

• Faza acută

Investigații obligatorii – FO, CT cerebral, EKG.

Investigații suplimentare – evaluarea factorilor de risc pentru SHA netraumatică.
Investigații speciale – RMN; angio-RMN.

Hemoragia cerebrală intraparenchimatoasă

• **Faza acută**
Investigații obligatorii – FO, CT cerebral, EKG.
Investigații suplimentare – evaluarea factorilor de risc pentru **Hemoragia cerebrală intraparenchimatoasă netraumatică.**
Investigații speciale – RMN; angio-RMN.
• **La distanță de episodul acut**
Investigații obligatorii – FO, CT cerebral, EKG.
Investigații suplimentare – evaluarea factorilor de risc pentru **Hemoragia cerebrală intraparenchimatoasă netraumatică**, EEG, radiografie de craniu.

Sindrom extrapiramidal

Investigații speciale – RMN.

Encefalopatii infantile

Investigații obligatorii – EEG, FO.
Investigații suplimentare – examen CT.
Investigații speciale – RMN.

Encefalopatii metabolice

Encefalopatie ischemic-hipoxică
Investigații obligatorii – EEG, FO, RMN.
Investigații speciale – PET, SPECT.
Encefalopatie alcoolică
Investigații obligatorii – EEG, FO, RMN.
Investigații speciale – PET, SPECT.
Encefalopatie hepatică
Investigații obligatorii – EEG, FO, analize de laborator.
Investigații speciale – examen CT.
Encefalopatie uremică
Investigații obligatorii – EEG, FO, analize de laborator.
Investigații speciale – examen CT.

BAREM DE INVESTIGAȚII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE OFTALMOLOGICE

Investigații obligatorii:
– acuitate vizuală;
– dioptron;
– câmp vizual (manual sau computerizat);
– fundul de ochi.

Investigații suplimentare:
– tensiune oculară;
– electroretinogramă (ERG);
– potențiale evocate (PEV);
– electrooculogramă (EOG);

– angiofluorografie (AFG);
– topografie corneeană;
– tomografie nerv optic (HRT);
– tomografie retiniană (OCT).

BAREM DE INVESTIGAȚII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE HEMATOLOGICE

Anemii

Investigații obligatorii

- **Hemograma** – hematocrit %
– hemoglobina (g/dl) – aprecierea severității;
– număr de eritrocite;
– volum erotrocitar mediu (VEM);
– număr de reticulocite- aspectul regenerative;
– formula leucocitară;
– număr de trombocite.
- **Frotiu de sânge periferic –** clasificare morfologică.
- **Bilirubinemie (BI)** – evidențierea hemolizei.

Investigații suplimentare – necesare clasificării etiologice
– frotiu de măduvă osoasă;
– teste de hemoliză: haptoglobina serică, hemosiderina urinară, hemoglobinuria, LDH serică (anemii megaloblastice);
– electroforeza hemoglobinei (în cazul hemoglobinopatiior congenitale – siclemia, talasemia);
– testul Coombs (AH autoimune);
– ***anemii megalobastice*** – concentrația serică a vitaminei B12, nivelul folațior eritrocitari, testul Schiling pentru absorbția vitaminei B12, dozarea acidului methylmalonic în ser, dozarea homocisteinei în ser, nivelul factorului intrinsec (FI) în sucul gastric.

Obs. Pot fi necesare investigații complementare în funcție de contextual clinic – post- hemoragice, în cadrul afecțiunilor endocrine, în cadrul afecțiunilor hepatice, în insuficiența renală cronică etc.

Leucemii

Investigațiile necesare diagnosticului şi evaluării leucemiilor cuprind:
– hemograma completă;
– examenul sângelui periferic – numărătoare elemente şi frotiu;
– examenul măduvei osoase;
– electroforeza proteinelor serice;
– imunelectroforeza;
– teste imunologice şi histopatologice speciale/care se pot efectua numai în clinici de hematologie.

Boala Hodgkin

1. Explorări radiologice:
– radiografie toracică;
– tomografie computerizată toracică, abdominală, pelviană.

2. Explorări hematologice
– hemograma completă, formula leucocitară;
– VSH;
– examenul măduvei osoase.

3. Explorări biochimice
– explorarea funcției hepatice;

– electroforeza proteinelor plasmatice;
– LDH serică, calcemia, cupremia.

4. Explorări speciale
– rezonanța magnetică nuclear, scintigrafie, laparotomie exploratorie.

Sindroame hemoragipare (purpure, anomalii ale coagulării):
– examinarea frotiului de sânge periferic- formula leucocitară, aspectul morfologic al hematiilor, prezența trombocitelor şi aspectul lor morfologic;
– numărul de trombocite;
– timpul de sângerare;
– timpul de protrombină (Quick);
– timpul parțial de activare a trombolplastnei (TPT);
– timpul de coagulare global (TC);
– fibrinogen;
– produşi de degradare ai fibrinei (PDF);
– anticoagulanți în ser;
– evaluarea activității specifice a factorilor de coagulare.

BAREM DE INVESTIGAȚII PENTRU EVALUAREA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE ORL

În stabilirea corectă a deficienței funcționale, a incapacității adaptative şi a capacității de muncă sunt necesare trei tipuri de investigații:

I. Investigații **generale**, de rutină: anamneză, examen clinic obiectiv, explorări funcționale şi de laborator, teste imagistice etc. (Rx. pulmonar, EKG, TA, hemoleucogramă, glicemie, probe hepatice, examen sumar de urină etc.).

II. Investigații **specifice**, necesare pentru individualizarea fiecărei situații patologice, invalidante incadrabilă în patologia O.R.L.

Din punct de vedere a complexitatii acestora, se pot clasifica în trei categorii:
1. **Indispensabile**: necesare pentru susținerea diagnosticului clinic şi funcțional;
2. **Suplimentare**: necesare pentru completarea diagnosticului clinic şi funcțional;
3. **Speciale**: necesare de multe ori pentru, rigurozitatea stabilirii diagnosticului clinic şi funcțional, mai ales atunci când pacientul prezintă o simptomatologie intricată specifică situațiilor morbide de graniță (între specialități). Oricare dintre categoriile **2** şi **3** devin ***obligatorii*** alături de **prima**, în funcție de particularitățile cazului.

III. Investigația **socială** (ancheta socială) efectuată pe teren, în anturaj, la locul de muncă, la domiciliu etc., în funcție de patologia asociată (hipoacuzii grave sau surdități brusc instalate associate cu alte stări morbide (afecțiuni psihice, sechele invalidante după AVC, intoxicații, etc.).

În funcție de organul vizat şi de complexitatea examinării, investigațiile specifice ORL se pot clasifica astfel:

Ureche
Indispensabile:
– examen clinic ORL;
– otoscopie;
– examen funcțional: cu voce şoptită, acumetric (cu diapazoane de diferite mărimi pentru stabilirea câmpului auditiv), audiograme de diferite tipuri (tonala liminară, automată etc.);
– +/- radiografii ale regiunii petromastoidiene (diferite incidențe).

Suplimentare:
– impedanmetrie;
– timpanometrie;
– test Metz, SISI test, Bekesy test etc.;

– audiogramă vocală;
– biopsie;
– examenul secreției auriculare (citologic, bacteriologic şi micologic; antibiogramă, antifungigramă).

Speciale:
– TC;
– RMN;
– BERA (potențiale evocate de trunchi cerebral);
– Eco Doppler (regiunea cervicală).

Nas
Indispensabile:
– examen clinic ORL;
– rinoscopie anterioară, posterioară (+/-ridicare de văl, tuşeu cavum).

Suplimentare:
– endo/fibroscopie (nazală, sinuzală);
– radiografii (diferite incidențe);
– biopsii;
– examenul secreției (nazale, sinuzale; citologic, bacteriologic şi micologic; antibiogramă, antifungigramă).

Speciale:
– TC, RMN.

Faringe
Indispensabile:
– examen clinic ORL;
– bucofaringoscopie (inspecție văl, gustometrie, examenul orificiilor Stenon şi Warton);
– examen maseteri;
– laringoscopie indirectă (hipofaringoscopie).

Suplimentare:
– endo/fibroscopie;
– radiografii (+/- substanță de contrast);
– exsudat faringian;
– biopsii;
– examenul secrețiilor.
– directoscopie (examenul hipofaringelui şi al gurii esofagului).

Speciale:
– TC;
– RMN;
– eco Doppler.

Laringe
Indispensabile:
– examen clinic ORL;
– laringoscopie indirectă.

Suplimentare:
– endo/fibroscopie;
– radiografii, tomografii;
– biopsii;
– examenul de secreții;
– examen tiroidian;
– examenul gurii esofagului.

Speciale:
– TC;
– RMN;
– laringoscopie în suspensie.

Vestibul
Indispensabile:
– examen clinic ORL;
– probe vestibulare spontane, sensibilizate.

Suplimentare:
– ENG;
– radiografii temporoparietale (diferite incidențe);
– examen neurologic.

Speciale:
– TC, RMN, BERA.

Regiunea cervicală (tumefieri cervicale):
Indispensabile:
– examen clinic ORL (rino-, oro-, hipofaringe, laringe);
– hemoleucograma, VSH, IDR, examen radiologic pulmonar.

Investigații suplimentare:
– radiografii cervicale (față şi profil);
– ecografie.

Investigații speciale:
– eco Doppler;
– angiografii;
– CT;
– RMN;
– ango RMN;
– scintigrafii.

FIŞĂ DE EVALUARE MEDICO-SOCIO-PROFESIONALĂ

Nr. fişă.....

Data.....

PERSOANA EVALUATĂ:

Numele..... **Prenumele**.....

Vârstă.....

Adresa: str.....Nr.....Bl.....Sc.....Et.....
Ap..... Localitate..... Sector/județ.....
Telefon.....

Studii: a) Fără; b) Generale; c) Medii; d) Superioare;

Sex: M/F

Starea civilă: necăsătorită; căsătorită; văduvă; divorțată, despărțit, concubinaj

Copii: Da/Nu

EVALUARE SOCIALĂ:

Locuință:
- casă; apartament ; garsonieră;
- **Situată la:** parter; etaj; cu /fără lift
- **Se compune din:** nr. camere: ....., bucătărie....., baie....., duş....., W.C.....(situat în interior/ exterior)
- **Încălzire:** fără....., centrală....., cu lemne cărbuni....., gaze....., cu combustibil lichid.....
- **Apă curentă:** da/nu : rece.....caldă..... alte situații;
- **Condiții de locuit:** luminozitate adecvată/neadecvată;
  umiditate adecvată/neadecvată;
  igienă adecvată/neadecvată;

Locuința este prevăzută cu aparate electrocasnice: (aragaz, frigider, maşină de spălat, aspirator) Da/Nu.

Rețea de familie:

Trăieşte: singur (a); cu soț/soție; cu copii; cu alte rude; cu alte persoane;

Una dintre persoanele cu care locuieşte este: bolnavă, cu dizabilități, dependentă de alcool;

Este ajutat de familie: Da/Nu; cu bani; cu mâncare, activități de menaj;

Relațiile cu familia sunt: bune, cu probleme, fără relații;

Există risc de neglijare: Da/Nu

EVALUAREA SITUAȚIEI ECONOMICE:

Venit lunar propriu reprezentat de:
Pensie. . . . . .
Salariu . . . . . .
Somaj. . . . . .
Alocații copii . . . . . .
Ajutor social . . . . . .
Alte venituri . . . . . .

EVALUAREA STĂRII DE SĂNĂTATE:

Diagnostic clinic . . . . . .
. . . . . .
. . . . . .
. . . . . .

. . . . . .

EVALUAREA GRADULUI DE DEPENDENȚĂ

Evaluarea autonomiei	Nu necesită supraveghere sau ajutor	Necesită supraveghere temporară şi/sau ajutor parţial	Necesită supraveghere permanentă şi/sau ajutor integral
A. EVALUAREA STATUSULUI FUNCȚIONAL:			
I. Activități de bază ale vieții de zi cu zi			
Igiena corporală(toaletă generală, intimă, specială)			
Îmbrăcat, dezbrăcat (posibilitatea de a se îmbrăca, de a se dezbrăca, de a avea un aspect îngrijit)			
Alimentație (posibilitatea de a se servi şi de a se hrăni singur)			
Igiena eliminărilor (continență)			
Mobilizare (trecerea de la o poziție la alta; ridicat – aşezat, aşezat-culcat etc., şi mişcarea dintr-un sens în altul)			
Deplasarea în interior (deplasarea în interiorul camerei în care trăieşte, cu sau fără baston, cadru, fotoliu rulant etc.)			
Deplasarea în exterior (deplasarea în exteriorul camerei fără mijloace de transport)			
Comunicare (utilizarea mijloacelor de comunicare la distanță în scopul de a alerta: telefon, alarmă, sonerie etc.);			
II. Activități instrumentale			
Prepararea hranei (capacitatea de a-şi prepara singur mâncarea)			
Activități de menaj (efectuarea de activități menajere: întreținerea casei, spălatul rufelor, spălatul vaselor etc.)			
Gestiunea şi administrarea bugetului şi a bunurilor (gestionează propriile bunuri, bugetul, ştie să folosească banii etc.)			
Efectuarea cumpărăturilor (capacitatea de a efectua cumpărăturile necesare pentru un trai decent)			
Respectarea tratamentului medical (posibilitatea de a se conforma recomandărilor medicale)			
Utilizarea mijloacelor de transport (capacitatea de a utiliza mijloacele de transport)			
Activități pentru timpul liber (persoana are activități culturale, intelectuale, fizice etc., solitare sau în grup).			
B. Evaluarea statusului senzorial şi psihoafectiv			
1. Acuitate vizuală			
2. Acuitate auditivă			
3. Deficiență de vorbire			
4. Orientare			
5. Memorie			
6. Judecată			
7. Coerență			
8. Comportament			
9. Tulburări afective (prezența depresiei)			

NOTĂ:

Pentru fiecare activitate evaluată se identifică trei posibilități:

0 – activitate făcută fără ajutor, în mod obişnuit şi corect;
– nu necesită supraveghere şi ajutor.

1 – activitate fără cu ajutor parțial şi sau mai puțin corect;
– necesită supraveghere permanentă şi/sau ajutor parțial.

2 – activitate făcută numai cu ajutor;
– necesită supraveghere permanentă şi /sau ajutor integral.

Evaluarea statusului funcțional şi psihoafectiv se realizează avându-se în vedere condiția obligatorie de integritate psihică şi mentală a persoanei pentru a fi aptă să efectueze activitățile de bază şi intrumentale ale vieții de zi cu zi.

CONCLUZII:

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

CUPRINS

Introducere **1**
1. AFECȚIUNI ALE APARATULUI CARDIOVASCULAR **3**
2. AFECȚIUNI RESPIRATORII **22**
3. AFECȚIUNI ALE APARATULUI DIGESTIV **29**
4. AFECȚIUNI RENALE **41**
5. BOLI DE NUTRIȚIE **49**
6. AFECȚIUNI ENDOCRINE **52**
7. AFECȚIUNI HEMATOLOGICE **58**
8. APARATUL MUSCULOSCHELETAL **73**
9. CRITERII PENTRU DIAGNOSTICUL CLINIC, DIAGNOSTICUL FUNCȚIONAL ŞI AL CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN BOLILE REUMATISMALE **85**
10. AFECȚIUNI NEUROLOGICE **104**
11. AFECȚIUNI NEOPLAZICE **137**
12. AFECȚIUNI DERMATOLOGICE **138**
13. AFECȚIUNI OFTALMOLOGICE **141**
14. EVALUAREA CAPACITĂTII DE MUNCĂ ÎN AFECȚIUNILE O.R.L. **143**
15. BOLI PROFESIONALE **145**
16. INFECȚIA HIV/SIDA **147**
17. EVALUAREA DIAGNOSTICULUI CLINIC ŞI FUNCȚIONAL ÎN EXPERTIZA CAPACITĂȚII DE MUNCĂ A TULBURĂRILOR PSIHIATRICE **149**
18. INVALIDITĂȚILE CARE AFECTEAZĂ IREVERSIBIL CAPACITATEA DE MUNCĂ **183**
19. BAREM DE INVESTIGAȚII NECESARE PENTRU STABILIREA DEFICIENȚEI FUNCȚIONALE, A INCAPACITĂȚII ADAPTATIVE ŞI A CAPACITĂȚII DE MUNCĂ ÎN PATOLOGIA INVALIDANTĂ **184**